

## Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.  
Bel telefoonnummer 033 422 81 88

## Schriftelijk

Pro Life Zorgverzekeringen  
Postbus 1090  
3800 BB Amersfoort

## Via Internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kunt u zelf vinden op onze site: [www.prolife.nl](http://www.prolife.nl)



## Belangrijke telefoonnummers

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| Pro Life Zorgservice  | 033 422 82 88 |
| Agis Alarmcentrale    | 033 422 81 89 |
| Pro Life Topkraamzorg | 020 342 12 12 |

Pro Life is een product van Agis Zorgverzekeringen

# **Polisvoorwaarden 2004**

---

Pro Life Zorgpolis

---

## Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de polisvoorwaarden aan van uw Pro Life Zorgpolis. In de voorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken.

### **Inhoudsopgave**

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

### **Begripsomschrijvingen**

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

### **Dekking**

De Pro Life Zorgpolis biedt u een uitgebreide dekking tegen ziektekosten, zoals preventieve zorg, zorg in uw omgeving (huisarts, geneesmiddelen), (huid)therapieën, hulpmiddelen, specialistische hulp en (bijzondere) ziekenhuiszorg, verblijf buitenshuis (herstellingsoord) en hulp in het buitenland. Daarnaast kunt u als facultatieve dekking tandheelkunde meeverzekeren.

In de Pro Life Zorgpolis is een aantal dekkingen naar keuze uit te sluiten. Door uit te sluiten krijgt u korting op uw premie. Door u gemaakte kosten die onder een door u uitgesloten dekking vallen worden dan niet vergoed.

In de omschrijving van de dekkingen is gekozen voor een leesbare stijl en een overzichtelijke aanpak. Per dekkingsonderdeel wordt zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Vergoeding, Voorschrift, Machtiging en Bijzonderheden.

### **Uitsluitingen**

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie bedoeld is om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er, afgezien van eventuele “gekozen” uitsluitingen, situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor uw recht op vergoeding.

### **Overige bepalingen**

De overige bepalingen hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie en een eventueel eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de verzekering. Bij “verplichtingen van de verzekeringnemer” kunt u lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvan bij de verzekeraar wilt indienen.

Pro Life Zorgverzekeringen  
december 2003

# Inhoudsopgave

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1</b>  | <b>Begripsomschrijvingen</b>                             | <b>5</b>  |
| <b>2</b>  | <b>Dekking</b>   | <b>8</b>  |
| 2.1       | Omvang van de dekking                                    | 8         |
| 2.2       | Uitsluitingen  | 8         |
| 2.3       | Terrorismedekking  | 9         |
| <b>3</b>  | <b>Algemeen</b>  | <b>9</b>  |
| 3.1       | Grondslag van de verzekering                             | 9         |
| 3.2       | Begin en einde van de vergoeding                         | 9         |
| 3.3       | Registratie van persoonsgegevens                         | 9         |
| 3.4       | Pro Life Zorgservice                                     | 10        |
| 3.5       | Letselschadeservice                                      | 10        |
| 3.6       | Ingangsdatum polisvoorwaarden                            | 11        |
| <b>4</b>  | <b>Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde</b> | <b>11</b> |
| 4.1       | Verhaal  | 11        |
| 4.2       | Afhandeling schade                                       | 11        |
| <b>5</b>  | <b>Premie</b>  | <b>11</b> |
| 5.1       | Premiebetaling   | 11        |
| 5.2       | Schorsing van rechten                                    | 12        |
| 5.3       | Eigen risico   | 12        |
| 5.4       | Kennisgeving   | 13        |
| <b>6</b>  | <b>Wijziging van premie of voorwaarden</b>               | <b>13</b> |
| <b>7</b>  | <b>Begin, duur en einde van de verzekering</b>           | <b>14</b> |
| 7.1       | Begin en duur van de verzekering                         | 14        |
| 7.2       | Einde van de verzekering                                 | 14        |
| 7.3       | De beëindiging van de dekking                            | 15        |
| <b>8</b>  | <b>Fraude</b>  | <b>15</b> |
| <b>9</b>  | <b>Geschillenregeling en toepasselijk recht</b>          | <b>15</b> |
| <b>10</b> | <b>Dekking Pro Life Zorgpolis</b>                        | <b>15</b> |
| 10.1      | Preventie  | 15        |
|           | a. Gezondheids cursussen                                 | 15        |
|           | b. Preventief onderzoek                                  | 16        |
|           | c. Vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen          | 16        |
|           | d. Anticonceptiva  | 16        |
| 10.2      | Huisarts (dekking naar keuze uit te sluiten)             | 17        |
| 10.3      | Medisch-specialistische hulp en onderzoek                | 17        |
|           | a. Medisch-specialistische hulp, poliklinisch            | 17        |
|           | b. Audiologische hulp                                    | 17        |
|           | c. Chronisch intermitterende beademing                   | 17        |
|           | d. Erfelijkheidsonderzoek                                | 17        |
|           | e. Leukemie bij kinderen                                 | 18        |
|           | f. Second opinion  | 18        |
|           | g. Trombosedienst  | 18        |
| 10.4      | Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg                 | 18        |
|           | a. Opname  | 18        |
|           | b. Dagverpleging   | 19        |
|           | c. In vitro fertilisatie voor vrouwelijke verzekerden    | 19        |
|           | d. Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis     | 19        |
|           | e. Nierdialyse   | 19        |
|           | f. Ouderverblijf bij opname kind                         | 19        |
|           | g. Organtransplantatie                                   | 19        |

|   |           |
|---|-----------|
| h. Pensionkosten na transplantatie  | 20        |
| i. Zorghotel  | 20        |
| 10.5 Zorg in verband met de geboorte van een kind                         | 20        |
| a. Bevalling en kraambed in ziekenhuis (medisch noodzakelijk)             | 20        |
| b. Poliklinische bevalling en kraambed (niet medisch noodzakelijk)        | 20        |
| c. Bevalling en kraambed thuis  | 21        |
| d. Volledig kraampakket   | 21        |
| e. Extra kraamzorg  | 21        |
| f. Zwangerschapscursus  | 21        |
| g. Heupondersteuningsband bij zwangerschap                                | 22        |
| h. Hulp bij borstvoedingsproblemen  | 22        |
| 10.6 Farmaceutische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)              | 22        |
| 10.7 Hulpmiddelen   | 23        |
| a. Hulpmiddelen   | 23        |
| b. Brillenglazen en/of contactlenzen                                      | 23        |
| c. Plaswekker   | 24        |
| d. Steunzolen   | 24        |
| 10.8 Revalidatie  | 24        |
| 10.9 Ziekenvervoer  | 24        |
| a. Helikopter vervoer zieke pasgeborenen en ambulance vervoer             | 24        |
| b. Overig ziekenvervoer   | 24        |
| 10.10 Tandheeskundige hulp  | 25        |
| a. Tandheeskundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar               | 25        |
| b. Tandheeskundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder             | 25        |
| c. Bijzondere tandheeskundige hulp  | 26        |
| 10.11 Paramedische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)               | 27        |
| a. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck                    | 27        |
| b. Logopedie  | 27        |
| c. Ergotherapie   | 28        |
| 10.12 Alternatieve geneeswijzen (dekking naar keuze uit te sluiten)       | 28        |
| 10.13 Psychische hulpverlening  | 28        |
| a. Eerstelijnspsychologie   | 28        |
| b. Orthopedagogie   | 28        |
| c. (Kortdurende) oncologische psychosociale hulp                          | 29        |
| 10.14 Gezins- en ziekenverzorging   | 29        |
| a. Vervangende thuisverzorging  | 29        |
| b. Terminale zorg door vrijwilligers thuis                                | 29        |
| c. Palliatieve zorgverlening  | 29        |
| 10.15 Therapieën  | 29        |
| a. Huidtherapie   | 29        |
| b. Overige therapieën   | 30        |
| 10.16 Extra vergoedingen  | 30        |
| a. Herstellingsoord   | 30        |
| b. Kuurbehandeling  | 30        |
| c. Therapeutisch kamp   | 30        |
| d. Lidmaatschap NPV   | 31        |
| e. Sport Medisch Advies   | 13        |
| f. Overgangsconsulenten   | 31        |
| g. Whiplash   | 31        |
| h. NPV levenswensverklaring   | 31        |
| i. Cursus Natuurlijke Familie Planning                                    | 31        |
| 10.17 Buitenlanddekking   | 32        |
| a. Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)                    | 32        |
| b. EU-dekking (niet spoedeisend)  | 32        |
| <b>11 Facultatieve dekking tandheelkunde (alleen indien meeverzekerd)</b> | <b>33</b> |
| <b>12 AWBZ</b>  | <b>34</b> |
| <b>13 Beroepsverenigingen</b>   | <b>35</b> |

# 1 Begripsomschrijvingen

**Apotheker:**

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

**Arts:**

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

**Audiologisch centrum:**

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

**AWBZ:**

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

**Bedrijfsarts:**

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

**Bijkomende kosten:**

De neventarieven die op grond van de WTG (Wet Tarieven Gezondheidszorg) door de instelling, het ziekenhuis of laboratorium in rekening mogen worden gebracht.

**Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**

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

**Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:**

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

**Dagverpleging:**

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist of kaakchirurg.

**Ergotherapeut:**

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

**Fraude:**

Bedrog, bestaande uit vervalsing van administratie of ontduiking van voorschriften.

**Fysiotherapeut:**

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**Gekwalificeerd zorgverlener:**

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

**Gezin:**

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden.

**Huisarts:**

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

**Hulpmiddelen:**

De middelen die in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.

**Kaakchirurg:**

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

**Kinderen:**

- a de tot het gezin behorende inwonende, ongehuwde, eigen en/of adoptiekinderen tot 18 jaar en/of;
- b de tot het gezin behorende studerende, inwonende, ongehuwde c.q. eigen adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op een uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering of aanspraak bestaat op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in het levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

**Kraamcentrum:**

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de verzekeraar erkend kraamcentrum.

**Kraaminrichting:**

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

**Kraamzorg:**

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorger.

**Letselschadeservice:**

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

**Logopedist:**

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

**Medisch adviseur:**

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

**Medische noodzaak:**

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroeps- genoten gebruikelijk is.

**Mondhygiënist:**

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

**Oefentherapeut:**

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

**Ongeval:**

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

**Orthodontist:**

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dento-maxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.

**Polisblad:**

Schriftelijk bewijs van overeenkomst van zorgverzekering.

**Privé-kliniek (zelfstandig behandelcentrum):**

Een binnen Nederland gevestigde instelling waar onderzoek en medisch specialistische behandelingen plaatsvinden, voor zover deze niet gefinancierd is met AWBZ- of andere overheidsgelden. Onder een privé-kliniek wordt ook verstaan een kliniek die geheel of gedeeltelijk de functies van erkende inrichtingen overneemt, mits de privé-kliniek verbonden is aan of een duidelijk samenwerkingsverband heeft met een erkend ziekenhuis.

**Specialist:**

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

**Tandarts:**

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

**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 ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaan 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.

**Verloskundige:**

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

**Verzekeraar:**

Agis Ziektekostenverzekeringen NV, ten deze handelend onder de naam Pro Life Zorgverzekeringen, verder te noemen: de verzekeraar.

**Verzekeringnemer:**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

**Verzekerde:**

Ieder die als zodanig op het polisblad is genoemd.

**Wet BIG:**

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

**Ziekenhuis:**

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend, alsmede het Nederlands Astma Centrum te Davos.

**Zorgverlener:**

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



## 2 Dekking

### 2.1 Omvang van de dekking

- 1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de in de dekkingsrubrieken genoemde medische behandelingen gemaakt door de verzekerde personen. Vergoeding geschiedt volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze, in beginsel binnen de eigen woonplaats of naaste omgeving, van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist en apotheek.

**TIP**

**In een aantal gevallen bestaat er geen recht op vergoeding.  
U leest dit hieronder in artikel 2.2 UITSLUITINGEN.**

### 2.2 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

- 1 die verband houden met een ziekte of afwijking, die al bestond voor het aangaan van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (waaronder tevens wordt begrepen verhoging van de verpleegklasse of verlaging van het eigen risico) en waarvan de verzekerde op de hoogte was of al klachten ondervond, terwijl hiervan geen melding werd gemaakt op het aanmeldingsformulier of een eventuele medische verklaring;
- 2 van ziekte of ongevallen die het gevolg zijn van opzet of grove schuld van de verzekerde;
- 3 als, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten gemaakt zou kunnen worden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 4 van niet-reguliere geneeswijzen, waaronder celtherapie, chelatietherapie, bepaalde sera (ter beoordeling aan de verzekeraar), keuringen en het afgeven van attesten;
- 5 van vormverbeterende operaties van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, alsmede de hiermee verband houdende kosten van opgetreden complicaties. Het voorgaande is niet van toepassing als er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of een ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 6 van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort;
- 7 van onderzoek of behandeling door een hoogleraar/specialist, tenzij verwijzing door een specialist heeft plaatsgevonden. Zonder deze verwijzing wordt vergoed op basis van de kosten van een specialist/niet-hoogleraar;
- 8 van hulp en begeleiding door personen en instellingen die zich bewegen op maatschappelijk terrein en die als zodanig hun bevoegdheden niet ontleen aan een erkenning door of namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- 9 als de verzekerde zich niet houdt aan de polisvoorwaarden, tenzij overmacht wordt aangetoond;
- 10 als de verzekerde zich aan een noodzakelijke geneeskundige behandeling onttrekt;
- 11 van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponneerd;
- 12 a van schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoom-kernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;  
b de onder a genoemde uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is

- voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen.  
Onder kerninstallatie wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
- c voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het bepaalde onder b geen toepassing;
- 13 van de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en de kosten van bevolkingsonderzoek, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen.

### **2.3 Terrorismedekking**

In aanvulling op de polisvoorwaarden is het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandsche Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)' van toepassing. Het 'Clausuleblad terrorismedekking' is door de NHT op 12 juni 2003 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam gedeponereerd onder nummer 78/2003. Het 'Protocolafwikkeling claims' als genoemd in het 'Clausuleblad terrorismedekking' is gedeponereerd onder nummer 79/2003. Registratie heeft tevens plaatsgevonden bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's- Gravenhage op 12 juni 2003 onder nummer 27178761. Op aanvraag vertrekt de maatschappij kosteloos een exemplaar. U kunt de tekst raadplegen via [www.terrorisneverzekerd.nl](http://www.terrorisneverzekerd.nl).

## **3 Algemeen**

### **3.1 Grondslag van de verzekering**

- 1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier, de afzonderlijk daarbij verstrekte schriftelijke gegevens en de eventuele bij een keuring door de verzekerde verstrekte gegevens vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.
- 2 Verzwijging: de verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen op het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.
- 3 Kinderen: voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:
  - a zij binnen twee maanden na hun geboorte aan de verzekeraar ter verzekering zijn voorgedragen;
  - b alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd op deze polis.
- 4 Acceptatie: tenzij anders is overeengekomen, is de beslissing tot het accepteren van de verzekering, respectievelijk uitbreiding of verhoging daarvan, gebaseerd op de door de deelnemer aan de verzekeraar verstrekte inlichtingen.
- 5 Voor alle verzekerden op een polis dient hetzelfde verzekeringspakket te worden gekozen, met dien verstande dat de facultatieve tandartsverzekering per verzekerde kan worden aangevraagd. De keuze van de verzekerde verpleegklasse is per verzekerde vrij, met dien verstande dat voor kinderen uitsluitend een derde klasse verzekering mogelijk is.

### **3.2 Begin en einde van de vergoeding**

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de op het polisblad genoemde dekkingsonderdelen en tot de in deze polisvoorwaarden genoemde maximum bedragen. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

### **3.3 Registratie van persoonsgegevens**

De tot u herleidbare persoonsgegevens die u verstrekt, nemen wij op in onze persoonsregistratie. Deze gegevens gebruiken wij voor het accepteren van uw aanvraag, voor het uitvoeren van de

ziektekostenverzekering, ten behoeve van het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering en het tegengaan van fraude. De gegevens kunnen door ons eveneens gebruikt worden voor het genereren van informatie en het aanbieden van andere producten of diensten. De persoonsgegevens kunnen aan derden worden verstrekt voor zover dat voor de uitvoering van de ziektekostenverzekering of voor zover dat voor de uitvoering van de overige hiervoor genoemde doelen van verwerking van de persoonsgegevens noodzakelijk is. Hieronder valt mede verstrekking van de persoonsgegevens aan zorgverleners of het Regionaal Indicatie Orgaan. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Onze gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

### 3.4 Pro Life Zorgservice

- 1 Pro Life Zorgservice informeert en bemiddelt voor de verzekeringnemer over wachttijden met betrekking tot:
  - Opname in een ziekenhuis
  - Dagbehandeling in een ziekenhuis
  - Toegangstijd polikliniek
  - Poliklinische behandeling
  - Diagnostisch onderzoekPro Life Zorgservice informeert niet over wachttijden voor thuis- en kraamzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.
- 2 De verzekeraar garandeert de verzekeringnemer dat deze voor bepaalde operaties binnen een redelijke termijn wordt geholpen via de Pro Life Zorgservice. Voor de volgende operaties gelden de volgende maximale wachttijden:
  - Staaroperaties: 13 weken
  - Dotterbehandelingen: 8 weken
  - Open hart operaties: 10 weken
  - Knie- en heupprotheses: 13 weken
- 3 De garantie voor een maximale wachttijd vangt aan op het moment dat de verzekerde zich bij Pro Life Zorgservice heeft aangemeld of bij een volledige bemiddeling na ontvangst van de door de verzekerde ondertekende machtiging.
- 4 Mocht de verzekeraar niet in staat zijn de operatie binnen de gegarandeerde termijn te regelen, dan vergoedt verzekeraar de beoogde ingreep in een door verzekeraar aangewezen ziekenhuis in binnen- of buitenland. De vergoeding vindt plaats naar Nederlands prijsniveau.

**TIP**

**Bel de Pro Life Zorgservice met vragen over wachttijden voor operaties.  
Zie voor het telefoonnummer de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

### 3.5 Letselschadeservice

- 1 De letselschadeservice verleent hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade:
  - als de verzekerde slachtoffer is van een ongeval;
  - onder persoonlijke schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.
- 2 Bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Dit expertisebureau kan u ook bijstaan in het verhalen van uw persoonlijke schade. Informatie vindt u in onze brochure Agis letselschadeservice. U kunt deze brochure aanvragen via onze Klantenservice, via onze website of via onze Servicepunten. Zie voor meer informatie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

**TIP**

**Bel naar de Klantenservice met vragen over de Letselschadeservice.  
Voor telefoonnummer zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

### 3.6 Ingangsdatum van de polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2004.

## 4 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

### 4.1 Verhaal

- 1 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, dient de verzekerde al het mogelijke te doen om de verzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door de verzekeraar gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.
- 2 Het niet meewerken van de verzekerde kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.
- 3 De verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.

### 4.2 Afhandeling schade

De verzekerde is verplicht om:

- a de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken;
- b de TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip aan te vragen, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking;
- c de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
- d desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- e de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. De verzekerde dient hierbij gebruik te maken van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier;
- f computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen;
- g alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden.
- h Agis behoudt zich het recht voor om met zorgverleners afspraken te maken inzake rechtstreeks declareren door de zorgverlener.
- i Agis betaalt in dat geval de nota aan de zorgverlener. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis van de betreffende verzekeringnemer vallen, dan wordt bij de verzekeringnemer deze post in rekening gebracht. Het bedrag dient door de verzekeringnemer aan Agis betaald te worden op dezelfde wijze als waarop de premie aan Agis betaald wordt.

**TIP**

**Maak voor het indienen van NOTA'S altijd gebruik van het declaratieformulier.  
Dit bespoedigt de afhandeling.**

## 5 Premie

### 5.1 Premiebetaling

- 1 De premie wordt vastgesteld door de verzekeraar.
- 2 De premie of de wettelijke bijdrage is verschuldigd vanaf de eerste vervaldag nadat de verzekering van kracht is geworden.
- 3 De premie is maandelijks bij vooruitbetaling verschuldigd op de premievervaldag.

- 4 Bij het niet of gedeeltelijk niet voldoen van de premie of wettelijke bijdrage is de verzekeringnemer zonder nadere ingebrekestelling in verzuim.
- 5 Vanaf de dag dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke verdragingsrente over de verschuldigde premie of wettelijke bijdrage te voldoen.
- 6 De verzekeraar zal bij een verzuimtermijn van een maand overgaan tot het nemen van incasso-maatregelen. De verzekeringnemer is in dat geval gehouden, naast de wettelijke rente, de buitengerechtelijke incassokosten ad 15% van de hoofdsom en eventuele proces- en executiekosten te voldoen.
- 7 Het is de verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie of wettelijke bijdrage te verrekenen met van de verzekeraar te vorderen bedragen.
- 8 Bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt premierestitutie plaats. Bij wijziging van de premie in de loop van een kalendermaand vindt premierestitutie (bij verlaging) respectievelijk premiesuppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging.

## 5.2 Schorsing van rechten

- 1 Indien de verzekeringnemer een maand in verzuim blijft met het voldoen van de premie of de wettelijke bijdrage dan is de verzekeraar gerechtigd de dekking van de verzekering te schorsen.
- 2 De schorsing van de dekking gaat in op de dag dat de premie of de wettelijke bijdrage betaald had moeten zijn.
- 3 De schorsing houdt in dat de kosten van zorg, waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich hebben geopenbaard in de periode dat de dekking is geschorst, niet vergoed worden door de verzekeraar.
- 4 Gedurende de schorsing van de dekking blijft de premie of de wettelijke bijdrage verschuldigd.
- 5 De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag (dat kan bestaan uit: de verschuldigde premie of de wettelijke bijdrage, de buitengerechtelijke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten) door de verzekeringnemer is voldaan.

## 5.3 Eigen risico

- 1 Van de verzekerde kosten is het op het polisblad genoemde eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer.
- 2 Als voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximaal vergoedingsbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum onverminderd van kracht, zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna.
- 3 Als de verzekering ingaat na 1 januari van een kalenderjaar wordt het eigen risico naar evenredigheid verminderd. Het eigen risico wordt niet verlaagd bij een voortijdig einde van de verzekering. Een reeds ingehouden risico wordt niet gerestitueerd.
- 4 Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico wordt beschouwd als het sluiten van een nieuwe verzekering en dient vergezeld te gaan van een nieuw ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.
- 5 Een door de verzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risico-bedrag dient op het eerste schriftelijke verzoek aan de verzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
  - a de verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling dat bij niet-tijdige voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na datum postmerk van berichtgeving tot betaling van het verschuldigde bedrag. De verzekeringnemer/verzekerde blijft verplicht de betaling te voldoen;
  - b de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief eventuele kosten, door de verzekeraar is ontvangen;
  - c bij beëindiging van de polis zal de vordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.

## 5.4 Kennisgeving

- 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering welke invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
  - het van kracht worden voor één of meerdere verzekerden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
  - adreswijziging;
  - huwelijk;
  - samenwoning/samenleving;
  - wijziging van de gezinssamenstelling;
  - wijziging van bank- of postbanknummer.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de verzekeraar op haar verzoek alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door de verzekeraar noodzakelijk worden geacht.
- 3 Als aan de bovengenoemde meldingsplicht niet is voldaan, bestaat er geen recht op uitkering of premierestitutie.
- 4 Mededelingen verzonden aan het laatstbekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- 5
  - a De verzekeraar verstrekt aan de verzekeringnemer periodiek een relatieblad, waarin naast informatie over verzekeraar, de ziektekostenovereenkomst, verzekeringsproducten en diensten ook aanverwante zaken zijn opgenomen;
  - b De verzekeringnemer kan de verzekeraar schriftelijk verzoeken terzake toezending van het relatieblad zijn persoonsgegevens te blokkeren. In dat geval zal het relatieblad niet meer aan de verzekeringnemer en de verzekerden worden toegestuurd;
  - c Indien op een dergelijk verzoek de persoonsgegevens van verzekeringnemer geblokkeerd zijn en het relatieblad niet meer toegezonden wordt, kunnen verzekeringnemer en/of verzekerden zich niet beroepen op het ontbreken van dan wel het niet hebben ontvangen van informatie welke in het relatieblad is opgenomen. De verzekeraar is alsdan niet aansprakelijk voor door verzekeringnemer en/of verzekerden geleden schade voortvloeiende uit het ontbreken van dan wel het niet hebben ontvangen van deze informatie.

## 6 Wijziging van premie of voorwaarden

### 1 Herziening polis

- a De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij de verzekeraar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijze te herzien.
- b De herziening geschiedt op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van een herziening mededeling.
- c De herziening van de premie geschiedt ongeacht de wijziging welke voortvloeit uit de verhoging ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde.
- d Herziening van de premie die voortvloeit uit de premiestelling ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde zal plaatsvinden op de eerstvolgende vervaldatum (1 januari van enig jaar) ná het bereiken van deze leeftijdsgrens overeenkomstig het leeftijdsgebonden tarief voor individuele ziektekosten van de verzekeraar.

### 2 Recht van opzegging polis

- a De verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening als genoemd onder 6.1a niet akkoord te gaan.
- b Als de verzekeringnemer dit binnen dertig dagen na de onder 6.1b genoemde datum schriftelijk aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet-verstreken periode waarover de premie is betaald. Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:
  - bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
  - bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
  - bij een herziening, die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door een verzekerde zoals omschreven onder 6.1d.

### 3 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar vóór de 31e dag na de onder 6.1b genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## 7 Begin, duur en einde van de verzekering

### 7.1 Begin en duur van de verzekering

- 1 De verzekering vangt aan op de datum zoals vermeld op het polisblad.
- 2 De verzekering wordt aangegaan voor de duur van een kalenderjaar. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend verlengd voor een kalenderjaar, tenzij een van de partijen de overeenkomst opzegt voor de expiratiedatum (31 december) met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
- 3 De verzekering die in de loop van een kalenderjaar wordt afgesloten, wordt aangegaan voor het restant van dat kalenderjaar en het daaropvolgende kalenderjaar.

### 7.2 Einde van de verzekering

De beëindiging van de verzekering:

- a De verzekering eindigt bij overlijden van de verzekeringnemer;
- b De verzekering eindigt wanneer verzekeringnemer ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben;
- c De verzekering eindigt indien de verzekeringnemer de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt. Onder de voorwaarde dat de verzekeringnemer in dat geval woonplaats houdt in Nederland, zal aan de verzekeringnemer per de eerste van de maand van zijn verjaardag de Standaardpakketpolis worden afgegeven tegen de alsdan geldende wettelijke premie en onder de alsdan geldende voorwaarden;
- d De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer gedurende tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van zijn premie, wettelijke bijdrage of de overige verschuldigde kosten (o.a. de buitengerechtigde incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten);
- e De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien zij schade lijdt door onrechtmatig handelen van de verzekeringnemer of de verzekerde. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
- f De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien verzekeringnemer of verzekerde niet voldoet aan het schriftelijk verzoek alle inlichtingen te verschaffen die door de verzekeraar in verband met de verzekering noodzakelijk worden geacht. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
- g De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien zij zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanmeldingsformulier of op een verzwijging van omstandigheden die voor de verzekeraar van zodanig belang zijn dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
- h De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer of de verzekerde zijn verplichting(en) niet nakomt uit hoofde van de overeenkomst van verzekering;
- i De verzekering eindigt indien deze tijdens de looptijd van de verzekering overbodig wordt ten gevolge van een publiekrechtelijke verzekering of wettelijke regeling krachtens de Ziekenfondswet, welke verzekering of regeling een gelijke dekking geeft voor de kosten als bij deze verzekering geregeld;
- j De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen telkenmale tegen de expiratiedatum met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden;
- k De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen zonder in acht name van de opzegtermijn, indien de verzekeraar de premie of polisvoorwaarden tussentijds wijzigt. In dat geval dient de verzekeringnemer binnen een termijn van dertig dagen na kennisname van de wijziging de verzekeraar schriftelijk over die opzegging te informeren. De verzekering eindigt dan op de datum waarop de wijziging ingaat;



- I De verzekeringnemer kan de overeenkomst niet opzeggen als in lid 7 wordt bedoeld, indien:
- de wijziging van de premie of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke bepalingen of maatregelen;
  - de wijziging een verlaging van de premie inhoudt bij gelijkblijvende dekking;
  - de wijziging een uitbreiding van de dekking inhoudt bij gelijkblijvende premie;
  - de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waar aan de premie is gekoppeld.

### 7.3 De beëindiging van de dekking

De dekking eindigt voor de verzekerde afzonderlijk, zodra:

- a hij naar het oordeel van verzekeraar niet alle inlichtingen heeft verstrekt die de verzekeraar noodzakelijk acht voor de goede uitvoering van de verzekering;
- b hij als meeverzekerd kind in het huwelijk treedt;
- c hij overlijdt;
- d hij ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben;
- e hij de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt. Onder de voorwaarde dat de verzekeringnemer in dat geval woonplaats houdt in Nederland, zal aan de verzekerde per de eerste van de maand van zijn verjaardag de Standaardpakketpolis worden afgegeven tegen de alsdan geldende wettelijke premie en onder de alsdan geldende voorwaarden;
- f hij een van de verplichtingen in de verzekeringsvoorwaarden niet is nagekomen waardoor de belangen van verzekeraar zijn geschaad;
- g hij opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt bij schade.

## 8 Fraude

- 1 Indien de verzekerde fraude pleegt, bestaat er geen recht op uitkering. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts wordt bij constatering van fraude de polis met onmiddellijke ingang beëindigd.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de verzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de maatschappijen gangbare fraudesignalerings-systeem.

## 9 Geschillenregeling en toepasselijk recht

- 1 Alle geschillen samenhangend met of voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst, worden onderworpen aan het oordeel van de daartoe bevoegde rechter, zulks nadat overleg tussen verzekeringnemer/verzekerde en de verzekeraar geen zinvol resultaat heeft gehad.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde kan een geschil gebaseerd op de ziektekostenverzekering, nadat dit ter kennis is gebracht van de verzekeraar en de verzekeraar haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.
- 3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

## 10 Dekking Pro Life Zorgpolis

### 10.1 Preventie

#### a Gezondheids cursussen

Omschrijving: volgen en afronden van een (preventieve) cursus ter bevordering van de gezondheid.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie of een andere instantie, waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.



Vergoeding: maximaal € 45,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een (kopie)certificaat of (kopie)bewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

#### **b Preventief onderzoek**

Omschrijving: preventief onderzoek of behandeling voor baarmoederhalskankeronderzoek, borstkankeronderzoek, cholesteroltest, onderzoek van hart- en bloedvaten, prostaatkankeronderzoek.

Zorgverlening: huisarts of specialist.

Vergoeding: volledig, indien geen vergoeding mogelijk is via een andere wettelijke regeling.

#### **c Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen**

Omschrijving: kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Zorgverlening: GG&GD, huisarts, tropenpoli of luchthavenpoli.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vaccinatie in verband met beroepsmatige reizen naar en beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

#### **d Anticonceptiva**

##### **1 Anticonceptie pil**

Omschrijving: vergoeding van tweede generatie anticonceptiepillen en Cerazette® (minipil) voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

Zorgverlening: (internet)apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig, benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of specialist (alleen voor de 1e aanschaf is een recept nodig).

Bijzonderheden:

- de volgende tweede generatiepillen worden vergoed: Binordiol®, Lovette®, Microgynon 30®, Microgynon 50®, Mini Pregnon®, Ministat®, Modicon®, Neocon®, Neo Stediril®, Neogynon 21®, Norlevo®, Ovanon®, Stediril 30®, Stediril D®, Trigynon®, Trinordiol® of Trinovum®;
- andere dan hier genoemde anticonceptiepillen komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking worden niet vergoed;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

##### **2 Overige anticonceptiemiddelen**

Omschrijving: vergoeding van overige anticonceptiva voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

Zorgverlening: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig, benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of specialist.

Bijzonderheden:

- het volgende middel wordt vergoed: Depo Provera® (prikpil);
- andere dan de hier genoemde overige anticonceptiemiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking worden niet vergoed;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## 10.2 Huisarts (dekking naar keuze uit te sluiten)

- Omschrijving:
- visites en consulten wegens geneeskundig onderzoek en behandeling inclusief kosten huisartsenpost;
  - onderzoeken en behandelingen door of op verzoek van de huisarts verricht, voorzover deze niet zijn inbegrepen in het tarief voor een huisartsconsult of visite.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze: art. 9.2 is niet van toepassing indien die als zodanig op het polisblad staat vermeld;
  - kosten die de huisarts heeft gemaakt voor keuringen worden niet vergoed.

## 10.3 Medisch-specialistische hulp en onderzoek

### a Medisch-specialistische hulp, poliklinisch

- Omschrijving:
- specialistische behandeling op advies van de huisarts, tandarts of verloskundige niet gepaard gaande met een opname in het ziekenhuis;
  - bijkomende kosten;
  - laboratoriumonderzoek ook op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, tandarts of verloskundige.

Machtiging: ja, uitsluitend voor specialistische hulp in een privé-kliniek VOORAF. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden vooraf worden gesteld.

- Bijzonderheden:
- voor hulp door een oogarts is geen verwijzing nodig;
  - bij onderzoek en medische behandeling in een privé-kliniek wordt het honorarium van de specialist vergoed;
  - overige bijkomende kosten worden uitsluitend vergoed, als de desbetreffende kliniek is voorzien van de bijbehorende CTG-beschikking.

### b Audiologische hulp

- Omschrijving:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
  - advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
  - voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
  - psychosociale hulp, indien noodzakelijk, in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

Zorgverlening: audiologisch centrum.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

### c Chronisch intermitterende beademing

- Omschrijving:
- mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum;
  - de door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: specialist in een daartoe erkend beademingscentrum.

### d Erfelijkheidsonderzoek

- Omschrijving:
- onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid- en DNA-onderzoek;

- erfelijkheidadvies;
- de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.

Zorgverlening: erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: behandelend arts.

Machtiging: ja, op aanvraag van de behandelend specialist, VOORAF.

Bijzonderheden: indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde omvat het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; ook aan hen kan dan advies plaatsvinden. De kosten van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen zorgverzekeraars van de andere personen.

#### **e Leukemie bij kinderen**

Omschrijving: centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Zorgverlening: Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

Vergoeding: volledig.

#### **f Second opinion**

Omschrijving: second opinion door een specialist in een erkend ziekenhuis in Nederland.

Vergoeding: volledig.

#### **g Trombosedienst**

Omschrijving: hulp door een trombosedienst.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: specialist of huisarts.

## **10.4 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg**

### **a Opname**

Omschrijving: • verpleging, als en zolang op medische gronden onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden;  
• het honorarium voor medisch-specialistische of kaakchirurgische hulp;  
• de bijkomende kosten.

Vergoeding: volledig voor:

- opname in de verzekerde klasse;
- verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan drie maanden;
- verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang de verzekeraar voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden: • bij verpleging op basis van derde klasse en als conform de polis recht bestaat op een tweede klasse verpleging, vindt er een uitkering plaats van € 45,- per dag (daggelduitkering) tot maximaal tien dagen via een aparte declaratie door de verzekerde; de daggelduitkering geldt niet voor opname in het buitenland;  
• een eventueel eigen risico zal bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar slechts eenmaal worden ingehouden. Het eigen risico wordt in dat geval slechts berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam.

### **b Dagverpleging**

- Omschrijving: • medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis, verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek;  
• het honorarium voor medisch-specialistische hulp;  
• de bijkomende kosten.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor dagverpleging in verband met plastische chirurgie VOORAF.

### **c In vitro fertilisatie voor vrouwelijke verzekerden**

- Omschrijving: een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor in vitro fertilisatie (IVF-behandeling) in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie.

Zorgverlening: vergunninghoudend ziekenhuis.

Vergoeding: onder bepaalde voorwaarden worden maximaal drie pogingen voor in vitro fertilisatie vergoed, waarbij per poging een eigen bijdrage van € 363,- is verschuldigd.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden: onder een poging wordt verstaan één terugplaatsing van embryo(s) (embryotransfer).

### **d Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis**

- Omschrijving: bijdrage in de kosten van nachtelijk verblijf in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling respectievelijk behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed kliniek in Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam.

Vergoeding: € 34,- per nacht.

### **e Nierdialyse**

- Omschrijving: • nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch);  
• nierdialyse bij de verzekerde thuis;  
• erythropoïetine.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor thuisdialyse VOORAF.

Bijzonderheden: bij thuisdialyse vindt ook een vergoeding plaats van niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die hiervoor door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

### **f Ouderverblijf bij opname kind**

- Omschrijving: bijdrage in de kosten van noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een op de polis verzekerd kind (tot 18 jaar).

Vergoeding: € 11,- per nacht.

### **g Orgaantransplantatie**

- Omschrijving: • transplantatie van de volgende donororganen: beenmerg, bot, hoornvlies, huid, nier, hart, long, hart/long, nier/alvleesklier of lever (orthotoop);  
• weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door Eurotransplant;  
• verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor de donor is verzekerd;  
• medische behandeling van de donor gedurende maximaal drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de desbetreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor donor VOORAF.

#### **h Pensionkosten na transplantatie**

Omschrijving: bijdrage in de kosten van een verblijf in of nabij een ziekenhuis, wanneer de partner een transplantatie van beenmerg, bot, hoornvlies, huid, nier, hart, long, hart/long, nier/alvleesklier of lever ondergaat.

Vergoeding: € 11,- per nacht.

Bijzonderheden: recht op bijdrage bestaat uitsluitend als ook de partner bij Agis Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier) en de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer en meer bedraagt.

#### **i Zorghotel**

Omschrijving: opname in een in Nederland gelegen en aan een ziekenhuis verbonden inrichting voor verpleging van zieken, direct aansluitend op en dienende ter verkorting van opname in een ziekenhuis.

Vergoeding: 75% van de kosten die met een opname voor dezelfde indicatie in een ziekenhuis gemoeid zouden zijn, tot maximaal het in rekening gebrachte bedrag.

## **10.5 Zorg in verband met de geboorte van een kind**

#### **a Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk)**

Omschrijving: • het honorarium voor verloskundige hulp (incl. voor- en nazorg);  
• de verpleging, als en voor zolang op medische gronden verblijf in het ziekenhuis noodzakelijk is;  
• de bijkomende kosten.

Zorgverlening: ziekenhuis, specialist.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: • als moeder en kind, voordat een periode van acht dagen is verstreken te rekenen vanaf de dag van de bevalling, samen het ziekenhuis verlaten of als geen medische noodzaak meer bestaat voor verblijf in het ziekenhuis dan wordt voor het resterend aantal dagen een vergoeding verleend van € 136,- per dag ten behoeve van kraamzorg thuis of de kosten van voor eigen rekening voortgezet verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting;  
• in plaats van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt van Pro Life Topkraamzorg (kraamzorg in natura);  
• de aanvraag voor Pro Life Topkraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van de verzekeraar zijn (telefoonnummer Pro Life Topkraamzorg: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden).

#### **b Poliklinische bevalling en kraambed (niet medisch noodzakelijk)**

Omschrijving: • verloskundige hulp (incl. voor- en nazorg);  
• kosten van de verloskamer;  
• de bijkomende kosten;  
• kraamzorg.

Zorgverlening: ziekenhuis, kraaminrichting, specialist, verloskundige of huisarts, kraamcentrum.

Vergoeding: • de kosten van de bevalling worden volledig vergoed;  
• voor de kosten van kraamzorg thuis en/of de kosten van voor eigen rekening voortgezet verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting wordt een tegemoetkoming verleend van € 136,- per dag tot maximaal € 1.089,- (te rekenen vanaf de dag van bevalling);  
• in plaats van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt van Pro Life Topkraamzorg (kraamzorg in natura).

Bijzonderheden: de aanvraag voor Pro Life Topkraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van de verzekeraar zijn (telefoonnummer Pro Life Topkraamzorg: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden).

### **c Bevalling en kraambed thuis**

Omschrijving: • het honorarium voor verloskundige hulp (incl. voor- en nazorg);  
• kraamzorg.

Zorgverlening: verloskundige of huisarts, kraamcentrum.

Vergoeding: • de kosten van de bevalling worden volledig vergoed;  
• voor de kosten van kraamzorg thuis wordt een tegemoetkoming verleend van € 136,- per dag tot maximaal € 1.089,- ;  
• in plaats van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt van Pro Life Topkraamzorg (kraamzorg in natura).

Bijzonderheden: • Pro Life Topkraamzorg geeft recht op kraamzorg door een door verzekeraar gecontracteerd kraamcentrum gedurende minimaal 3 uur per dag verspreid over maximaal veertien dagen tot maximaal 60 uur (bij meerlingen 72 uur);  
• Pro Life Topkraamzorg geeft recht op vergoeding van inschrijving, intake en bevallingsassistentie tot maximaal 3 uur na de bevalling;  
• de aanvraag voor Pro Life Topkraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van de verzekeraar te zijn (telefoonnummer Pro Life Topkraamzorg: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden);  
• bij een combinatie van Pro Life Topkraamzorg met de hulp genoemd onder a, b of c vervalt de aldaar genoemde vergoeding van € 136,- per dag en/of wordt voor elke onder a en b in rekening gebrachte verpleegdag 6 uur kraamzorg in mindering gebracht.

**TIP**

**Bel voor Pro Life Kraamzorg uiterlijk vijf maanden vóór de bevalling met de Klantenservice.**

### **d Volledig kraampakket**

Omschrijving: een door verzekeraar samengesteld kraampakket.

Vergoeding: volledig in natura.

Bijzonderheden: • verzekerden die gebruik maken van Pro Life Topkraamzorg kunnen de aanvraag voor een kraampakket tegelijk indienen met de aanvraag voor kraamzorg;  
• verzekerden die geen gebruik maken van Pro Life Topkraamzorg (kraamzorg in natura), dienen tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum een aparte aanvraag voor een kraampakket in te dienen. Verzekerde dient daartoe contact op te nemen met Pro Life Topkraamzorg (telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden).

### **e Extra kraamzorg**

Omschrijving: uitgestelde kraamzorg door een door de verzekeraar gecontracteerd kraamcentrum.

Bijzonderheden: er bestaat recht op uitgestelde kraamzorg thuis indien de verzekerde of de baby na bevalling om medische redenen enkele dagen (maximaal 6 weken) in een ziekenhuis moet blijven. Er bestaat recht op vergoeding van kosten voor maximaal vijf dagen 5 uur kraamzorg. Dit geldt indien er geen normale kraamperiode mogelijk was.

### **f Zwangerschapscursus**

Omschrijving: het volgen en afronden van een zwangerschapscursus.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie of een andere instantie waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 68,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een (kopie)bewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

### **g Heupondersteuningsband bij zwangerschap**

Vergoeding: maximaal € 45,- voor de duur van de verzekering.

Voorschrift: specialist of huisarts.

### **h Hulp bij borstvoedingsproblemen**

Omschrijving: vergoeding van begeleiding door een lactatiekundige van vrouwen met borstvoedingsproblemen.

Zorgverlening: gekwalificeerde lactatiekundige die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.

Vergoeding: consulten, 75% tot maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: verloskundige of huisarts.

Bijzonderheden: hulpmiddelen voor borstvoeding komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## **10.6 Farmaceutische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)**

Omschrijving:

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

Zorgverlening: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: overeenkomstig de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld met in achtneming van het daarin opgenomen Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS). Een geneesmiddel dat een stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten maken deel uit van deze polis en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

Voorschrift: arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige.

Machtiging: uitsluitend voor dieetpreparaten en aantal geneesmiddelen overeenkomstig de uniforme regeling Farmaceutische hulp, VOORAF.

Bijzonderheden:

- dekking naar keuze: is gekozen voor het uitsluiten van de dekking dan geldt het navolgende: wanneer de kosten voor farmaceutische hulp hoger zijn dan € 1.134,- (per verzekerde per kalenderjaar) dan komen de meerkosten ten laste van artikel 10.6;
- op de vergoeding voor medicijnen is een eventueel eigen risico niet van toepassing;
- de polis kan inhouden dat de verzekeringnemer, in afwijking van de vergoedingsomschrijving, slechts aanspraak heeft op vergoeding van de door de verzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen:
  - de aanwijzing geschiedt zodanig dat de werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen, aangewezen ingevolge artikel 10, eerste lid, aanhef en onder a, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, voor de verzekeringnemer beschikbaar zijn;
  - een beperking van de aanspraak als bedoeld in het eerste lid is niet van toepassing voor zover behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor de verzekeringnemer medisch niet verantwoord is.
- het Geneesmiddelenvergoedingen Systeem (GVS) is door de Overheid vastgesteld en houdt in dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp of de verzekeraar anders bepaalt;
- per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- vijftien dagen: een voor de verzekerde nieuwe medicatie;
- een half jaar: orale anticonceptiva;
- drie maanden: geneesmiddelen voor chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van slaapmiddelen, angstremmende of eetlustremmende geneesmiddelen;
- vijftien dagen: geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
- een maand: overige gevallen;
- dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, resorptiestoornis, voedselallergie, stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden (COPD), cystic fibrose (CF), ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen;
- de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:
  - zelfzorggeneesmiddelen (middelen die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn);
  - anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder;
  - middelen die vallen onder het Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten;
  - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland (tenzij in deze polisvoorwaarden uitdrukkelijk anders is bepaald);
  - ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel;
  - geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening niet mogen worden afgeleverd.

## 10.7 Hulpmiddelen

### a Hulpmiddelen

**Omschrijving:** aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering, opgenomen in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Reglement hulpmiddelen. De regeling Hulpmiddelen c.g. het Agis Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

**Zorgverlening:** overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Reglement hulpmiddelen.

**Vergoeding:**

- hulpmiddelen: overeenkomstig de maximale bedragen in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Reglement hulpmiddelen;
- eigen bijdrage hulpmiddelen: maximaal € 453,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Voorschrift:** behandelend arts en waar vereist behandelend specialist.

**Machtiging:** ja, overeenkomstig de voorwaarden van het Agis Reglement hulpmiddelen. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden gesteld.

**Bijzonderheden:**

- de te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar;
- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- de eigen bijdrage van een hulpmiddel dient apart te worden gedeclareerd.

### b Brillenglazen en/of contactlenzen

**Omschrijving:** brillenglazen en/of contactlenzen met een sterkte van tenminste 4.25 dioptrieën.

**Vergoeding:** maximaal € 136,- per verzekerde per 3 kalenderjaren.

**Bijzonderheden:**

- voor de berekening van het aantal dioptrieën wordt het aantal dioptrieën van een eventuele cilinder niet meegeteld;
- zonnebrillen en gekleurde contactlenzen zonder sterkte komen niet voor vergoeding in aanmerking.



### **c Plaswekker**

Zorgverlening: leverancier waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 79,- voor de duur van de verzekering voor verzekerden vanaf 7 jaar.

Machtiging: behandelend (school)arts.

### **d Steunzolen**

Zorgverlening: orthopedisch instrumentmaker of orthopedisch schoentechnicus waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: behandelend arts.

## **10.8 Revalidatie**

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

Zorgverlening: een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient te zijn voorzien van een behandelplan, met daarin tenminste de aard en complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Bijzonderheden:

- de hulp dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat;
- de verzekerde dient met die hulp in staat te zijn een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
- op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

## **10.9 Ziekenvervoer**

### **a Helikopter vervoer zieke pasgeborenen en ambulance vervoer**

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer per helikopter of ambulance.

Zorgverlening: erkend ambulancevervoerder of Stichting Nationaal Helikoptertransport.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing:

- helikoptertransport op verwijzing van het centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg;
- ambulancevervoer via Centrale Post Ambulance vervoer.

Bijzonderheden: ambulancevervoer in verband met repatriëring uit het buitenland valt niet onder deze verstrekking.

### **b Overig ziekenvervoer**

Omschrijving: vervoer per openbaar vervoer, personenauto, taxi of rolstoelbus voor verzekerden die behoren tot de categorieën chronisch zieken zoals vastgesteld door het ministerie van VWS (lijst Hoogervorst) naar een ziekenhuis of zorgverlener waar behandeling plaatsvindt die voor rekening komt van de verzekeraar en die in relatie staat tot de chronische aandoening.

- Vergoeding:
- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per openbaar vervoer, rolstoelbus of taxi: volledig
  - medisch noodzakelijk ziekenvervoer per eigen personenauto: € 0,20 per kilometer.

Vergoeding van de onder a en b genoemde vormen van vervoer kan slechts plaatsvinden nadat de eigen bijdrage van € 80,- per 12 maanden voor de verzekerde en de op het polisblad genoemde medeverzekerden is voldaan;

Machtiging: ja, VOORAF op aanvraag van de behandelend huisarts of specialist.

- Bijzonderheden:
- uit de aanvraag moet blijken onder welke door VWS vastgestelde categorieën verzekerde valt, om welke vorm van vervoer het gaat en naar welke zorgverlener(s) wordt gereisd.
  - vervoer naar een zorgverlener voor behandeling die voor rekening komt van de aanvullende verzekering komt niet voor vergoeding in aanmerking.

## 10.10 Tandheelkundige hulp

Algemeen:

- vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener;
- niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak;
- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent de verzekeraar de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WTG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT);
- vergoeding van de techniekkosten vindt plaats op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG) of de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLAT) aan haar leden adviseert.

### a Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

#### 1 Normale tandheelkundige hulp

Omschrijving: tandheelkundige hulp (met uitzondering van orthodontie, ongevalkosten m.b.t. kroon- en brugwerk en prothesen en bijzondere tandheelkunde) inclusief techniekkosten.

Zorgverlening: tandarts of instelling voor jeugdandverzorging.

Vergoeding: 75 % tot maximaal € 226,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### 2 Orthodontie

Omschrijving: normale gebitsregulatie.

Zorgverlening: tandarts of orthodontist .

Vergoeding: volledig (tot de leeftijd van 18 jaar).

Bijzonderheden: niet vergoed wordt vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik.

#### 3 Prothesen, kronen en bruggen bij ongeval (inclusief techniekkosten)

Omschrijving: indien als gevolg van een ongeval frontelementen zijn beschadigd wordt vergoeding verleend voor de noodzakelijke prothesen, kronen en bruggen.

Zorgverlening: tandarts, centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of instelling voor jeugdandverzorging.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

### b Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder

1 Volledige uitneembare gebitsprothese (met uitzondering van overkappingsprothesen op implantaten)

Omschrijving: volledige uitneembare boven- en/of onderprothese.

Zorgverlening: tandarts of tandprotheticus (de laatstgenoemde mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met de verzekeraar).

Vergoeding: per onder- of bovenprothese 75% tot maximaal € 226,- per verzekerde per 5 kalenderjaren.

2 Orthodontie

Omschrijving: normale gebitsregulatie.

Zorgverlening: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: 90% tot maximaal € 1500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Bijzonderheden: niet vergoed wordt vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik.

3 Implantaten, mesostructuur en prothesen op implantaten

Omschrijving:

- implantaten, ingebracht in een ernstig geslonken kaak;
- implantaten, diende als steun voor een (overkappings-)prothese;
- mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel);
- volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel).

Zorgverlening: kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 1361,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Machtiging: ja, VOORAF. Uitsluitend in geval van implantologie in de bovenkaak. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

### **c Bijzondere tandheelkundige hulp (voor verzekerden jonger en ouder dan 18 jaar)**

1 Orthodontie in bijzondere gevallen

Omschrijving: behandeling van:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- (cheilo-), kaak-(gnato-) of verhemeltespleet (palatoschisis);
- behandeling van een kaakorthopedische afwijking die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- en nabehandeling noodzakelijk is.

Zorgverlening: orthodontist.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

2 Tandheelkunde voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Omschrijving: behandeling van verzekerden, bij wie door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

Zorgverlening: tandarts, centrum voor bijzondere tandheelkunde of centrum voor jeugdtandverzorging.

Vergoeding: volledig.

3 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Omschrijving: behandeling van een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel die een gevolg is van één van de volgende lichamelijke aandoeningen of tandheelkundige afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;

- een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, gnato- of palatoschisis);
- een uitgebreid defect aan de mond, kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische aandoening (oro-maxillo-faciaal defect);
- functieverlies van de speekselklieren zoals na bestralingen in het hoofd/halsgebied en bij een ernstige vorm van de ziekte van Sjögren waarbij sprake is van ernstige tandheelkundige consequenties;
- ernstige glazuurafwijkingen.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde of een tandarts.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden: het recht op de vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

### **10.11 Paramedische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)**

#### **a Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck**

Omschrijving: medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Vergoeding: 1 voor een niet-chronische aandoening per verzekerde per kalenderjaar:

- de eerste 20 behandelingen 100%;
- vervolgbehandelingen 75%.

2 voor een chronische aandoening per verzekerde per kalenderjaar: volledig.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: 1 niet-chronisch aandoening: ja, uitsluitend voor de vervolgbehandelingen VOORAF;  
2 chronische aandoening: ja, VOORAF.

Bijzonderheden: 

- dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
- voor bepaling van de chronische aandoening geldt de Lijst Borst;
- onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sport-massage en arbeids- en bezigheidstherapie.

#### **b Logopedie**

Zorgverlening: logopedist.

Vergoeding: 

- 100% voor de eerste 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;
- 75% voor vervolgbehandelingen.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor vervolgbehandelingen, VOORAF.

Bijzonderheden: 

- dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
- onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan: behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

### **c Ergotherapie**

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

Zorgverlening: ergotherapeut.

Vergoeding: 100% voor maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden: dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld.

## **10.12 Alternatieve geneeswijzen (dekking naar keuze uit te sluiten)**

### **Alternatieve geneeswijzen**

Omschrijving:

- chiropractie;
- homeopathie (klassiek);
- manuele geneeskunde;
- Moermantherapie;
- natuurgeneeswijzen;
- neuraaltherapie;
- orthomanipulatie;
- orthomoleculaire geneeskunde;
- orthopedische geneeskunde;
- osteopathie.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: maximaal € 567,- voor de gezamenlijke kosten van de genoemde alternatieve geneeswijzen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van Z-index.

Bijzonderheden:

- dekking naar keuze: artikel 10.12 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
- homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts of een klassiek homeopaat en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker, apotheekhoudende huisarts of (klassiek) homeopaat;
- de homeopathische zelfzorgmiddelen Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM SRL gelei komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## **10.13 Psychische hulpverlening**

### **a Eerstelijnspsychologie**

Zorgverlening: gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: huisarts.

### **b Orthopedagogie**

Omschrijving: behandeling van kinderen tot 18 jaar met leer- en opvoedingsproblemen.

Zorgverlening: gekwalificeerd vrijgevestigd orthopedagoog, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van het Werkverband Eigen Praktijk (WEP) van de Nederlandse Vereniging voor Orthopedagogie (NVO).

Vergoeding: 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: (school)arts.

**c (Kortdurende) oncologisch psychosociale hulp**

Omschrijving: (kortdurende) oncologische psychosociale hulp.

Zorgverlening: instantie waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 500,- voor de duur van de verzekering.

## 10.14 Gezins- en ziekenverzorging

**a Vervangende thuisverzorging**

Omschrijving: vervangende verzorging thuis door vrijwilligers bij vakantie van de mantelzorgers van een gehandicapte of dementerende huisgenoot.

Zorgverlening: Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten.

Vergoeding: maximaal 15 dagen per kalenderjaar.

**b Terminale zorg door vrijwilligers thuis**

Zorgverlening: vrijwilligersorganisatie die is aangesloten bij het steunpunt van de Landelijke Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg (VTZ).

Vergoeding: maximaal € 113,-.

Bijzonderheden: vergoeding wordt uitsluitend verleend op basis van nota VTZ.

**c Palliatieve zorgverlening**

Omschrijving: ingeval een verzekerde in een terminale fase niet langer thuis kan worden verpleegd, maar in een instelling.

Vergoeding: € 34,- per dag gedurende maximaal 4 weken.

Machtiging: ja, VOORAF.

## 10.15 Therapieën

**a Huidtherapie**

Omschrijving:

- acnetherapie: huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij genezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat;
- camouflagetherapie: lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat en/of de hals inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke en tepelhof tatoeage;
- elektrische of laserepilatie: behandeling van als vrouw geboren verzekerden met ontsierende haargroei in gelaat en/of de hals;
- manuele lymfedrainage: behandeling van ernstig lymfe-oedeem;
- psoriasis therapie: intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleven.

Zorgverlening:

- acnetherapie, camouflagetherapie en manuele lymfedrainage door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten);
- elektrische epilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten) of door een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die bij de Anbos staat geregistreerd als gediplomeerd in elektrische epilatie;
- laserepilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten) of in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden;

- psoriasis therapie in of door een centrum waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

#### **b Overige therapieën**

- Omschrijving:**
- warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten: in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water voor verzekerden met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct;
  - podotherapie: onderzoek, consult, orthesen, nagelbeugels of therapeutische zolen;
  - stottertherapie.
- Zorgverlening:**
- warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten bij fysiotherapeut, oefentherapeut of een patiëntenvereniging waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt;
  - podotherapie: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden;
  - stottertherapie: het Del Ferro instituut, instituut de Pauw of Instituut Natuurlijk Spreken.
- Vergoeding:** maximaal € 680,- voor de gezamenlijke of gecombineerde kosten van de bij omschrijving onder a en b genoemde huidtherapie en overige therapieën per verzekerde per kalenderjaar.
- Verwijzing:** behandelend arts.
- Bijzonderheden:**
- acnetherapie, camouflagetherapie, epilatie (elektrische en laser-): uit de declaratie moet blijken dat het gaat om een aandoening in het gelaat en/of de hals;
  - warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om zwemmen in groepsverband in verband met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct;
  - orthopedische steunzolen behoren niet tot podotherapie.

## **10.16 Extra vergoedingen**

### **a Herstellingsoord**

- Omschrijving:** behandeling in een centrum dat hulp biedt aan personen die na lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben.
- Zorgverlening:** een niet AWBZ-erkend herstellingsoord waarmee de verzekeraar een afspraak heeft gemaakt.
- Vergoeding:** € 34,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per drie kalenderjaren.
- Verwijzing:** behandelend arts.

### **b Kuurbehandeling**

- Omschrijving:** kuurbehandeling in verband met reuma of een reumatische aandoening in Nederland of in het buitenland.
- Zorgverlening:** kuurcentrum waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.
- Vergoeding:** 75% tot maximaal € 907,- per verzekerde per kalenderjaar.
- Machtiging:** ja, VOORAF.

- Bijzonderheden:**
- privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
  - kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

### **c Therapeutisch kamp**

- Omschrijving:** verblijfskosten in een therapeutisch kamp voor astmatische of lichamenlijk gehandicapte jongeren tot 18 jaar.

Vergoeding: € 6,- per dag, maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde.

#### **d Lidmaatschap NPV**

Omschrijving: gezinslidmaatschap van de landelijk werkzame organisatie Nederlandse Patiëntenvereniging die zich inzet voor de algemene belangen van gebruikers van voorzieningen voor gezondheidszorg en welzijn. De NPV gaat uit van bijbelse waarden en normen.

Vergoeding: volledig gedurende de looptijd van de polis.

Bijzonderheden: de polishouder wordt automatisch lid van de NPV. Het lidmaatschap geldt voor alle meeverzekerden genoemd op de polis. Pro Life Zorgverzekeringen verzorgt de aanmelding en betaalt rechtstreeks de abonnementskosten. Door dit lidmaatschap kunt u tevens gebruik maken van alle andere diensten en services van de NPV.

#### **e Sport Medisch Advies**

Omschrijving: blessureconsult, onderzoek, advies en sportkeuringen door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA).

Vergoeding: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### **f Overgangsconsulenten**

Omschrijving: begeleiding van vrouwen met overgangsklachten.

Zorgverlening: gekwalificeerde overgangstherapeut die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van Care for Women.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### **g Whiplash**

Omschrijving: consulten en behandeling.

Zorgverlening: Whiplash Centrum Nederland.

Vergoeding: maximaal € 294,- voor de duur van de verzekering.

#### **h NPV-Levenswensverklaring**

Omschrijving: NPV-Levenswensverklaring is een uiterste wilsbeschikking met betrekking tot medische en verpleegkundige zorg voor situaties waarin de verzekerde zijn wil niet meer zelf kan vormen en uiten.

Vergoeding: eenmalige vergoeding per verzekerde gedurende de looptijd van de polis.

Bijzonderheden: de NPV-Levenswensverklaring kan alleen worden aangevraagd door verzekerden vanaf 16 jaar. De NPV-Levenswensverklaring is aan te vragen bij de NPV te Veenendaal (telefoonnummer 0318 54 78 88) of Pro Life Zorgverzekeringen.

#### **i Cursus Natuurlijke Familie Planning**

Omschrijving: cursus van 4 avonden waarin de verzekerde leert op een natuurlijke manier om te gaan met vruchtbaarheid.

Vergoeding: 75% van de cursuskosten.

Bijzonderheden: vergoeding is eenmalig per echtpaar, inclusief cursusmateriaal. De cursus wordt gegeven door consulenten van NPF-Nederland. Aanmelden voor deze cursus kan via Pro Life Zorgverzekeringen, telefoonnummer 033 422 81 88.



## 10.17 Buitenlanddekking

### a Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

**Omschrijving:** spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studietoelinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal zes maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan hulp die bij vertrek redelijkerwijs niet is te voorzien.

**TIP**

**Neem altijd als u naar het BUITENLAND gaat uw Zorgpas en het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee. Telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

**Vergoeding:**

- geneeskundige kosten: overeenkomstig de in Nederland geldende voorwaarden. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximale bedragen gelden ook in het buitenland;
- ziekenvervoer: volledig, voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen het land van verblijf;
- repatriëring: volledig, voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of, bij indicatie voor ambulancevervoer en mits deze kosten niet hoger zijn, per vliegtuig vanuit het buitenland naar de eigen woonplaats of een ziekenhuis in Nederland, alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding, mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;
- vervoer stoffelijk overschot: volledig, van de plaats van overlijden naar Nederland en mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;
- Agis Alarmcentrale: volledig voor het organiseren van hulpverlening door de Agis Alarmcentrale.

**Machtiging:** ja, uitsluitend in de volgende gevallen:

- voor opname binnen 24 uur na opname of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, via de Agis Alarmcentrale;
- voor ziekenvervoer of vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar Nederland VOORAF, via de Agis Alarmcentrale.

**Bijzonderheden:**

- ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed indien de verzekeraar via de Agis Alarmcentrale goedkeuring heeft verleend. De verzekeraar kan tevens besluiten tot repatriëring;
- medisch-specialistische hulp wordt uitsluitend vergoed bij behandeling door een ter plaatse bevoegd specialist;
- voor declaratie kan de verzekerde een schadespecificatieformulier opvragen bij de verzekeraar;
- vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden. Op verzoek van het betreffende ziekenhuis zal daartoe een garantieverklaring worden afgegeven;
- als het tijdelijk verblijf buiten Nederland uitsluitend of mede bedoeld is om aldaar een medische behandeling te ondergaan, of een in Nederland aangevangen behandeling, verpleging en dergelijke in het buitenland voort te zetten, zal de verzekeraar niet tot vergoeding van de kosten overgaan. Voor chronische patiënten kan de verzekeraar een uitzondering maken. Hiervoor moet vooraf toestemming worden gevraagd door de behandelend specialist.

### b EU-dekking (niet spoedeisend)

**Omschrijving:** medische hulp die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf binnen EU-verdragslanden, voor zover de medische hulp, als deze in Nederland zou zijn verleend, onder de polisdekking zou vallen. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximale bedragen gelden ook in het buitenland.

**Vergoeding:** tot maximaal 100% van de kosten die bij een soortgelijke behandeling in Nederland wettelijk in rekening mogen worden gebracht.

**Machtiging:** ja, VOORAF.

- Bijzonderheden:*
- aan de toestemming voor behandeling in het buitenland kunnen nadere voorwaarden worden gesteld;
  - kosten van vervoer naar en van het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
  - kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
  - vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden.

## **11 Facultatieve dekking tandheelkunde (alleen indien meeverzekerd)**

*Omschrijving:* tandheekkundige hulp (met uitzondering van orthodontie en de volledige uitneembare gebitsprothese).

*Zorgverlening:* tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, subfaculteit tandheelkunde, instelling voor jeugdtandzorg, tandprotheticus of een vrijgevestigde mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met de verzekeraar).

*Vergoeding:* 75% van het door een in Nederland gevestigde tandarts in rekening gebrachte honorarium inclusief techniek- en materiaalkosten tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per kalenderjaar.

- Bijzonderheden:*
- deze facultatieve dekking is mogelijk voor zowel kinderen als volwassenen;
  - niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak;
  - vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener;
  - vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent de verzekeraar de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WTG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT);
  - vergoeding van de techniekkosten vindt plaats op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG) of de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLAT) aan haar leden adviseert.

## 12 AWBZ

### Rechten en verplichtingen

Voor zover in de AWBZ niet anders is geregeld worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de verzekeraar en de verzekerde(n) bepaald door het gestelde in deze polisvoorwaarden.

### Zorgaanspraken AWBZ

- 1 Een verzekerde heeft recht op verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling, verblijf, en preventieve zorg, waarvan aard, inhoud en omvang geregeld zijn in de AWBZ (artikel 6 lid 1), bijbehorende uitvoeringsregelingen en dit reglement. In bepaalde gevallen ontvangt u daarvoor in de plaats een financiële vergoeding. U heeft alleen aanspraak op zorg als u uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening daarop redelijkerwijs bent aangewezen. Voorts moet u beschikken over een geldige indicatiestelling voor de noodzakelijke AWBZ-zorg.
- 2 Tot de zorg die in de AWBZ geregeld is behoren:
  - a huishoudelijke verzorging;
  - b persoonlijke verzorging;
  - c verpleging;
  - d ondersteunende begeleiding;
  - e activerende begeleiding;
  - f behandeling;
  - g verblijf;
  - i het gebruik van een verpleegartikel gedurende een termijn van ten hoogste zesentwintig weken;
  - j dieetadvisering;
  - k opname en verblijf in een ziekenhuis vanaf de 366e dag;
  - l revalidatiezorg in een instelling voor revalidatie vanaf de 366e dag;
  - n zorg bestaande uit georganiseerde preventie:
    - prenatale zorg, met uitzondering van kraamzorg;
    - onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten;
    - vaccinaties.
- 3 Voor het verkrijgen van een zorgaanspraak kunt u een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Deze bijdrage kan afhankelijk zijn van uw (gezins)inkomen.

## 13 Beroepsverenigingen

### **Chiropractie**

- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
- Dutch Chiropractic Federation (DCF)
- Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
- Stichting Nationaal Register Chiropractoren (SNRC)

### **Eerstelijnspsychologie**

- Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP)

### **Homeopathie (klassiek)**

- Vereniging van Homeopatische Artsen in Nederland (VHAN)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
- Register van Klassiek Homeopaten (NOKH)

### **Manuele geneeskunde**

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG)

### **Moermantherapie**

- Artsen vereniging voor Niet-Toxische Tumor Therapie.
- Moermanvereniging voor Natuurlijke Kankerbestrijding

### **Natuurgeneeswijzen**

- Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG)
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP)
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)

### **Neuraaltherapie**

- Nederlandse Vereniging van Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

### **Orthomanipulatie**

- Vereniging van Artsen voor Orthomanuele Geneeskunde (VAOMG)

### **Orthomoleculaire geneeskunde**

- Maatschappij ter bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)
- Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG)

### **Orthopedische geneeskunde**

- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG)

### **Osteopathie**

- Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF)
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)

### **Podotherapie**

- Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVP)
- Nederlandse Vereniging voor Podo-Kinesiologie
- Omni Podo Genootschap (OPG)
- Stichting LOOP