

Ziektekostenverzekering

Voorwaarden van verzekering
model ZB 04 R

ZorgboX



Inhoudsopgave

Over algemene en juridische zaken

1.	Afkortingen en begripsomschrijvingen	2
2.	Grondslag	6
3.	Verhaalsrecht	6
4.	Samenloop met andere verzekeringen	6
5.	Persoonsregistratie	6
6.	Klachten	6

Over de werking van de verzekering

7.	Aanmelding en acceptatie	7
8.	Begin, duur en einde van de verzekering	7
9.	Premie	8
10.	Wijziging van premie of voorwaarden	8
11.	Indienen van nota's	9
12.	Betaling van vergoeding	9
13.	Melding bij opname	9

Over de dekking van de verzekering




14.	Strekking	9
15.	Eigen risico	10
16.	Kosten die niet worden vergoed	10
17.	Omvang van de dekking box reguliere en noodzakelijke zorg	12
18.	Omvang van de dekking box alternatieve en aanvullende zorg	16
19.	Omvang van de dekking box kraam- en kinderverzorging	19
20.	Omvang van de dekking box buitenlandzorg	22
21.	Omvang van de dekking box tandverzorging	24

1 Afkortingen en begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden worden de volgende afkortingen gebruikt:

AWBZ	: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	: Wet op de Beroepen In de Gezondheidszorg
CHA	: Clearing House Apothekers
CTG	: College voor Tarieven in de Gezondheidszorg
GVS	: Geneesmiddelen Vergoeding Systeem
IOTN	: Index of Orthodontic Treatment Need
KNMG	: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
LVSG	: Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen
SKION	: Stichting Kinderoncologie Nederland
UPT	: Uniforme Particuliere Tandartstarieven
WBIOZ	: Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken
ZN	: Zorgverzekeraars Nederland

Betekenis pictogrammen:

	: hier kunt u telefonisch worden geholpen
	: hier kan uw bericht alleen schriftelijk worden afgehandeld
	: er is een wettelijke bepaling of regeling van kracht

In deze voorwaarden wordt bedoeld met:

Arts

Een in Nederland gevestigde en geregistreerde arts, die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen.

Audiologische hulp

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur en de voorlichting over het gebruik van de apparatuur.

Behandeling

Geneeskundige behandeling of onderzoek volgens in Nederland algemeen aanvaarde medische normen.

Centrum voor erfelijkheidsadviesing

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagverpleging

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

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.

Geneesmiddelen

Geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd en Bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening.

GVS-systeem

Geneesmiddelen Vergoeding Systeem. Dit systeem bepaalt dat de verzekerde moet bijbetalen voor bepaalde dure geneesmiddelen waarvoor goedkopere en even goede alternatieven bestaan.

Gezin

Twee personen die samenwonen en duurzaam een gemeenschappelijke huishouding voeren, met hun kinderen, dan wel één verzorgende ouder, met kinderen.

Huisarts

Een arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de KNMG en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.

Hulpmiddelen

De middelen die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

Homeopathisch geneesmiddel

Geneesmiddel dat voldoet aan het Besluit homeopathische farmaceutische producten en geregistreerd is als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.

IOTN score

Noodzaak tot gebitsregulatie, op een schaal van 5 klassen, volgens de IOTN.

Kind

Eigen kind, stiefkind, pleegkind, adoptiekind, ongeacht of dit uit een huidig of vorig samenlevingsverband is, zolang dit kind jonger is dan 20 jaar en ongehuwd.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG en die tevens staat ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als laboratorium is toegelaten.

Medisch adviseur

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek, behandeling of vervoer volgens in Nederland algemeen aanvaarde medisch wetenschappelijke normen.

Podotherapeut

Een podotherapeut, die als podotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.

Regelingen ZN

De regelingen Fysiotherapie, Farmaceutische Zorg en Dieetpreparaten die zijn vastgesteld door ZN en die gelden op het moment van behandeling. De regelingen worden op verzoek toegezonden. ☎ 010 270 6400

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling gericht op het opheffen, verminderen of overwinnen van een handicap die het gevolg is van een stoornis in het bewegingsapparaat.

Specialist

Een arts, die is ingeschreven in het Register van Erkende Specialisten van de KNMG en als specialist praktiseert.

Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek, volgens algemeen aanvaarde medische normen en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

Specialistische behandeling (niet-klinisch)

Een behandeling door een specialist, anders dan tijdens verpleging.

Sportarts

Een arts geregistreerd bij de tak Sportgeneeskunde van de LVSG.

Sportmedisch Adviescentrum

Een Sportmedisch Adviescentrum dat is aangesloten bij de federatie van Sport Medische Adviescentra.

Tandarts

Een tandarts, die als tandarts geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.

Tandheelkundig adviseur

De tandarts, die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

Toestemming vooraf

Waar “vergoeding na toestemming vooraf” in deze voorwaarden staat vermeld, vindt vergoeding alleen plaats als de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

Vergoeding

De vergoeding voor de werkelijk gemaakte kosten, echter tot maximaal de tarieven of prijzen die wettelijk zijn goedgekeurd, dan wel gelden krachtens een door of namens verzekeraar met een zorgaanbieder gesloten overeenkomst.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als verpleegkundige geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.

Verpleging

De opname en het verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, zolang op medische gronden ononderbroken behandeling door een specialist in een ziekenhuis noodzakelijk is.

Verzekeraar

N.V. Verzekeringsmaatschappij Rijnmond.

Verzekerde

Een persoon die op het polisblad als verzekerde wordt genoemd.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Zelfstandig Behandelcentrum

Een organisatorisch verband, dat als zelfstandig behandelcentrum door de overheid is toegelaten, waarop een CTG-beschikking van toepassing is en waar verscheidene specialisten werkzaam zijn, terwijl het geen deel uitmaakt van of fungeert ten behoeve van een ziekenhuis.

Ziekenhuis

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

Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi, veerboot, helikopter of eigen auto van en naar de dichtstbijzijnde plaats waar de behandelend arts of specialist de medisch noodzakelijke zorg verleent. Van medisch noodzakelijk ziekenvervoer is sprake als het naar de mening van de medisch adviseur om medische redenen niet verantwoord is gebruik te maken van het openbaar vervoer.

2 Grondslag

De gezondheidsverklaring, het aanvraagformulier en de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens vormen de grondslag van deze overeenkomst en maken daarvan deel uit. Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsovereenkomst in te roepen. Dit geldt ook voor aanvragen tot wijziging of uitbreiding van de risicodekking gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst.

 Burgerlijk Wetboek, Boek 7

3 Verhaalsrecht


Als een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de gemaakte kosten is verzekeringnemer verplicht zo veel mogelijk te helpen bij het verhalen van kosten op deze derde. Als de verzekeraar door het handelen of nalaten van de verzekeringnemer in haar belang wordt geschaad hoeft zij geen vergoeding te verlenen.

4 Samenloop met andere verzekeringen


Indien, zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op vergoeding van schade en/of kosten, voorzieningen in natura en/of hulpverlening op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig.



5 Persoonsregistratie

De bij de aanvraag of wijzigen van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relatie, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.




 Wet Bescherming Persoonsgegevens

6 Klachten

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van de verzekering kunnen worden voorgelegd aan het intern klachtenbureau of de klachtenbehandelaar van de maatschappij.  t.a.v. de directie

Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor de verzekeringnemer niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut:  Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 1509 AN Den Haag ( 070-3338999). Wanneer de verzekeringnemer geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend vindt, kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter. Hierop is het Nederlandse recht van toepassing.

7 Aanmelding en acceptatie

- Aanmelding voor de verzekering vindt plaats door invulling en ondertekening van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring.  t.a.v. afdeling Polis
- Voor een kind dat binnen een maand na de geboorte bij de verzekeraar is aangemeld is de verzekering van kracht vanaf de datum van geboorte, ongeacht de gezondheids-toestand.
- Wijziging van de verzekering door overgang van een verzekerde naar het ziekenfonds of een publiekrechtelijke regeling moet binnen een maand worden gemeld.  t.a.v. afdeling Polis
- Verhuizing van een verzekerde moet direct worden gemeld.  t.a.v. afdeling Polis
- Wat de verzekeraar verzendt naar het laatst opgegeven adres, of aan de assurantietussenpersoon, wordt geacht de verzekerde te hebben bereikt.

8 Begin, duur en einde van de verzekering




Begin

De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum staat vermeld.

Duur

De looptijd van de verzekering bedraagt één jaar. De verzekering wordt stilzwijgend verlengd met telkens één jaar.

Einde

- De verzekeringnemer kan de overeenkomst schriftelijk opzeggen. De verzekering eindigt dan voor alle verzekerden na het verstrijken van de lopende periode. De opzegtermijn is drie maanden.  t.a.v. afdeling Polis
- De verzekering eindigt voor een kind bij het bereiken van de 20-jarige leeftijd, of bij het bereiken van de 27-jarige leeftijd in het geval aanspraak bestaat op een toelage krachtens de Wet op de Studiefinanciering.
- De verzekering eindigt voor een verzekerde per de eerste van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt en waardoor recht ontstaat op een Standaardpakket-polis.  Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen
- De verzekering eindigt voor een verzekerde die verzekerd wordt bij het ziekenfonds of bij een publiekrechtelijke regeling. Deze overgang dient te worden aangetoond met een kopie van het inschrijvingsbewijs.  t.a.v. afdeling Polis
- De verzekering eindigt voor een verzekerde die ophoudt gezinslid te zijn. In geval van echtscheiding is dit de dag volgend op de dag waarop het vonnis is ingeschreven in het register.
- De verzekering eindigt voor een verzekerde die voor een periode van langer dan 6 maanden in het buitenland verblijft, bij de aanvang van deze periode.
- De verzekering eindigt voor een verzekerde op de dag dat deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.

Opzegging door de verzekeraar

In de volgende gevallen kan de verzekeraar de verzekering opzeggen:

- h. Wanneer blijkt dat het aanvraagformulier of de gezondheidsverklaring onjuist is ingevuld, of omstandigheden zijn verzwegen die voor de verzekeraar van belang kunnen zijn.
- i. Wanneer de premie, ook na aanmaning, niet is betaald.
- j. Wanneer aan een terugvordering van een eigen risico, ook na aanmaning, niet is voldaan.
- k. Wanneer een niet waarheidsgetrouw verzoek tot vergoeding is ingediend.

9 Premie

- a. Onder premie wordt hier verstaan: premie, wettelijke bijdragen, administratiekosten, vertragingsrente, buitengerechtelijke kosten.
- b. Verzekeringnemer is verplicht de premie voor de premievervaldag te betalen.
- c. Verzekeringnemer mag geen premie verrekenen met van verzekeraar te ontvangen vergoedingen.
- d. Wanneer de volledige premie niet binnen 30 dagen na de premievervaldag door de verzekeraar is ontvangen, wordt de dekking opgeschort en vervalt het recht op vergoeding voor behandelingen vanaf de premievervaldatum.
- e. De dekking wordt hersteld op de dag nadat de volledige premie door de verzekeraar is ontvangen en aanvaard. Kosten van behandelingen waarvan de noodzaak zich openbaarde in de periode dat de dekking was opgeschort worden niet vergoed.
- f. Wanneer de verzekeraar maatregelen treft voor incasso, komen de kosten hiervan voor rekening van de verzekeringnemer.
- g. Verzekeringnemer blijft verplicht achterstallige premie te betalen.
- h. Het tarief behorend bij een hogere leeftijdsklasse wordt in rekening gebracht per de eerste van de maand volgend op de maand waarin verzekerde jarig was en waardoor hij in een hogere leeftijdsklasse is ingedeeld.

10 Wijziging van premie of voorwaarden

- a. De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering, het eigen risico en de premie te wijzigen. De wijziging is ook van toepassing als de verzekering reeds bestond.
- b. Verzekeringnemer heeft het recht de wijziging te weigeren. Als verzekeringnemer dit schriftelijk kenbaar maakt binnen 30 dagen nadat hij van de wijziging op de hoogte is gesteld eindigt de verzekering per de datum dat de wijziging ingaat. Over de niet verstreken periode waarover premie is betaald vindt teruggave plaats.
- c. Verzekeringnemer heeft niet het recht de wijziging te weigeren als de wijziging het gevolg is van een wettelijke regeling.
- d. Verzekeringnemer heeft niet het recht een premieverhoging te weigeren in het geval de verhoging het gevolg is van het overschrijden van een leeftijdsgrens in een leeftijdsafhankelijk tarief.

- e. Verzekeringnemer heeft niet het recht een premieverhoging te weigeren in het geval de verhoging het gevolg is van het aanpassen van regiokorting bij verhuizing naar een andere regio.

11 Indienen van nota's

Een nota komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking onder deze voorwaarden:

- a. De nota is door de zorgverlener verstrekt en in origineel ingediend (geen kopie).
✉ t.a.v. afdeling Declaratie
- b. De nota is zo duidelijk gespecificeerd, dat de verzekeraar zonder meer kan beoordelen of de nota voor vergoeding in aanmerking komt.
- c. De nota waarvan de herkomst niet duidelijk blijkt ('computernota') is door de zorgverlener gewaarmerkt.
- d. De nota is binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden ingediend.
- e. Ingediende nota's worden niet aan de verzekeringnemer teruggestuurd.
- f. Op verzoek van de verzekeraar of de medisch adviseur verleent de verzekerde medewerking tot het verkrijgen van alle noodzakelijk geachte informatie.

12 Betaling van vergoeding

De betaling van de vergoeding vindt plaats aan de verzekeringnemer, aan diens tussenpersoon, of rechtstreeks aan de zorgverlener.

13 Melding bij opname

Bij opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum dient de verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen drie dagen na de opname, hiervan op de hoogte te worden gesteld. De behandelend arts dient zonedig gemachtigd te worden om de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur. ☎ 010 270 6400

14 Strekking

Deze verzekering vergoedt de kosten van medisch noodzakelijke behandeling van op het polisblad genoemde verzekerden, als omschreven in de "omvang van de dekking". De vergoeding vindt plaats volgens de rechtsgeldige of met de verzekeraar overeengekomen tarieven. Deze verzekering vergoedt niet voor zover de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding voor rekening van de AWBZ, een subsidieregeling of wettelijke verzekering.

15 Eigen risico per box

- a. Op de vergoedingen is een eigen risico van toepassing. Het eigen risico wordt toegepast op de declarabele kosten per box tot het maximum eigen risico van de box is bereikt dat op het polisblad staat vermeld.
- b. Het eigen risico geldt voor een kalenderjaar. Als de verzekering niet op 1 januari ingaat of wordt beëindigd wordt het eigen risico naar evenredigheid van het aantal volle maanden bepaald.
- c. Wat niet voor vergoeding in aanmerking komt telt ook niet mee voor het eigen risico.
- d. Als voor een vergoeding een maximum is vastgesteld, geldt dit maximum voor de som van wat is uitgekeerd en wordt alleen het bedrag van de uitkering met het eigen risico verrekend.
- e. Als rechtstreekse betaling aan de zorgverlener plaatsvindt dient de verzekeringnemer een eigen risico aan de verzekeraar terug te betalen.

16 Kosten die niet worden vergoed

Geen vergoeding vindt plaats voor:

- a. De kosten die verband houden met ziekten of afwijkingen die al voor de ingangsdatum van de verzekering bestonden en die niet op het aanvraagformulier zijn vermeld hoewel verzekerde hiervan op dat moment wel kennis droeg of klachten ondervond.
- b. De kosten die gemaakt zijn op een tijdstip dat de dekking nog niet, of niet meer, van kracht was. De datum waarop de hulp is verleend is hierbij bepalend.
- c. De kosten van vormverbeterende of cosmetische behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval of ziekte, of van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking. Kosten van haartransplantaties worden niet vergoed.
- d. De kosten van ouderschapsonderzoek.
- e. De kosten van geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn.
- f. De kosten van een niet algemeen erkende geneeswijze of therapie.
- g. De kosten van een niet toegelaten geneesmiddel of bij gebruik voor een indicatie waarvoor dit geneesmiddel niet is geregistreerd.
- h. De kosten van behandeling door een voor die behandeling onvoldoende gekwalificeerde hulpverlener.
- i. De kosten van hulp verleend door een daartoe niet erkende instelling.
- j. De eigen bijdrage volgens de AWBZ, tenzij vermeld onder de omvang van de dekking.
- k. De kosten van, en in verband met, tandheelkundige implantaten en transplantaten; de kosten van onzorgvuldig gebruik van een beugel.
- l. De kosten van refractieve oogchirurgie, waaronder laserbehandeling of lensimplantatie.
- m. De eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoek.
- n. De kosten van keuringen, attesten, administratietoelagen, boetes en niet nagekomen afspraken.
- o. De kosten van behandeling door een psychiater, psycholoog, psychotherapeut of (ortho)pedagoog.

- p. De kosten van sportmedische begeleiding, gymnastiek of conditietraining.
- q. De kosten die het gevolg zijn of verband houden met kernreacties, tenzij de reactie verband houdt met de beroepsuitoefening van de verzekerde of de reactie is aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde.
- r. De kosten die het gevolg zijn van groot molest (zoals gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie).  Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf
- s. De kosten die het gevolg zijn van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden, tenzij en voor zover deze kosten kunnen worden bestreden uit herverzekering bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.

17 Omvang van de dekking van de box reguliere en noodzakelijke zorg

Op deze box is het eigen risico van toepassing dat op het polisblad staat vermeld.

De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Besmettelijke ziekten

Vergoeding voor de kosten van een verblijf, wegens een besmettelijke ziekte, in een ziekenhuis of inrichting, als genoemd in de WBIOZ.

WBIOZ

Dieetpreparaten

Vergoeding voor de meerkosten van dieetpreparaten boven gewone voeding volgens de Regeling Dieetpreparaten van ZN, na toestemming vooraf. Voorwaarde voor vergoeding is een verklaring van de behandelend arts waaruit de medische noodzaak blijkt.

Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding voor de kosten van behandelingen fysiotherapie of manuele therapie door een fysiotherapeut of kinderfysiotherapeut of behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar. Een verwijzing door de huisarts of specialist is nodig, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd. Langdurige fysiotherapie wordt vergoed volgens de regeling Fysiotherapie van ZN. Behandelingen met het doel de conditie te bevorderen worden niet vergoed. Manuele therapie wordt alleen dan vergoed indien toegepast door een fysiotherapeut die staat ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten.

Geneesmiddelen

Vergoeding voor de kosten van geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Op de vergoeding is de Regeling Farmaceutische Zorg van ZN van toepassing.

Vergoeding voor de meerkosten (bovenlimietprijs) die voor eigen rekening blijven door de Regeling farmaceutische hulp (GVS Systeem).

Huisarts

Vergoeding voor het honorarium van de huisarts.

Hulpmiddelen

Vergoeding voor de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen. Op de vergoeding is het Reglement Hulpmiddelen van toepassing. Voor alle hulpmiddelen geldt vergoeding of verstrekking na toestemming vooraf.

Injecties

Vergoeding voor de kosten van het toedienen van injecties door een verpleegkundige op voorschrift van een specialist of een huisarts.

Laboratoriumonderzoek

Vergoeding voor de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van huisarts of specialist, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Mechanische beademing

Vergoeding voor de kosten van mechanische beademing op voorschrift van een specialist.

Nierdialyse

Vergoeding voor de kosten van nierdialyse. Bij nierdialyse thuis vergoeding voor bepaalde niet-medische kosten, na toestemming vooraf.

Orgaantransplantatie (donor)

Vergoeding voor de kosten van medische behandeling van de donor in verband met deze transplantatie, tot drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis.

Orgaantransplantatie (ontvanger)

Vergoeding, na toestemming vooraf, voor de kosten van weefseltypering en transplantatie. Transplantaties die in het buitenland plaatsvinden worden vergoed tot maximaal het bedrag dat de transplantatie in Nederland zou hebben gekost. Transplantaties die naar Nederlandse maatstaven experimenteel zijn worden niet vergoed.

Pacemaker

Vergoeding voor de kosten van aanschaf van een hartstimulator (pacemaker).

Pedicure voor diabetici

Vergoeding voor voetverzorging door een pedicure in het geval verzekerde diabetisch patiënt is.

Podotherapie

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een podotherapeut, op verwijzing van een arts of specialist.

Revalidatie

De kosten van revalidatie worden vergoed als deze hulp gezien de handicap als meest doeltreffend is aangewezen en de verzekerde met de hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden. Deze hulp dient te worden gegeven door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist. Het team dient verbonden te zijn aan een instelling voor revalidatie die door de overheid daartoe erkend is. Bij beoordeling van de aanvraag hanteert de verzekeraar de Indicatiestelling Revalidatiezorg van ZN. Vergoeding na toestemming vooraf.

Second opinion

Vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere arts of specialist dan de behandelend arts of specialist als deze een ingrijpende behandeling heeft voorgesteld.

Specialist

Vergoeding voor de kosten van specialistische hulp en bijkomende kosten op verwijzing van de huisarts.

Tandheelkunde - behandeling door een kaakchirurg

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een kaakchirurg op verwijzing van huisarts of tandarts, met uitzondering van parodontale behandeling en voor kosten van, en in verband met, implantaten/transplantaten.

Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoeding voor tandheelkundige behandelingen in een beperkt aantal bijzondere gevallen. Deze gevallen staan vermeld in de Regeling Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. De regeling is op aanvraag verkrijgbaar. Vergoeding na toestemming vooraf.

Thuisverpleging

Vergoeding voor de kosten van thuisverpleging ter bekorting of vervanging van een ziekenhuisopname. De vergoeding is maximaal voor 8 uren per etmaal en voor maximaal 100 dagen per kalenderjaar. Vergoeding na toestemming vooraf. Geen vergoeding vindt plaats als een subsidieregeling van toepassing is, of in geval van verpleging bij bevalling en kraamzorg.

Trombose zelfmeting

Vergoeding voor de kosten van zelfmeting van bloedstollingswaarden.

Trombosedienst

Vergoeding voor de kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

Verbandmiddelen

Vergoeding voor de kosten van verbandmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Verpleging

Vergoeding voor de kosten van verpleging, klinische specialistische behandeling en de bijkomende kosten in de verzekerde klasse.

Verpleging in een hogere klasse

Als verpleging plaatsvindt in een hogere klasse dan de derde klasse, wordt niet meer vergoed dan bij verpleging in de derde klasse.

Wachlijstbemiddeling

Bemiddeling door de maatschappij op verzoek van de verzekerde indien deze op een wachtlijst staat voor een behandeling of operatie. ☎ 010 270 6400

Zelfstandig behandelcentrum

Vergoeding voor behandeling in een Zelfstandig Behandelcentrum in Nederland. Een Zelfstandig Behandelcentrum is een organisatorisch verband, dat als zelfstandig behandelcentrum door de overheid is toegelaten, waarop een CTG-beschikking van toepassing is en waar verscheidene specialisten werkzaam zijn, terwijl het geen deel uitmaakt van of fungeert ten behoeve van een ziekenhuis. Vergoeding na toestemming vooraf.

Ziekenhuis

Zie verpleging.

Ziekenvervoer

Vergoeding wordt verleend voor ziekenvervoer als blijkt een verklaring van de behandelend specialist dit vervoer medisch noodzakelijk is en openbaar vervoer om medische reden niet verantwoord is. Vergoeding wordt verleend bij: ziekenhuisopname en –ontslag, dagverpleging en revalidatiedagbehandeling, niet-klinisch specialistische behandeling. Vervoer kan plaatsvinden per ambulance, taxi, auto, veerboot of helikopter. Bij gebruik van een eigen auto bedraagt de vergoeding het belastingvrije forfaitaire bedrag per kilometer van de afstand tussen de plaats van vertrek en bestemming. Niet vergoed worden: ziekenvervoer wegens tijdelijk verlof, ziekenvervoer van en naar een behandeling die vergoed wordt uit de AWBZ, ziekenvervoer van en naar een behandeling die niet wordt vergoed.

18 Omvang van de dekking van de box alternatieve en aanvullende zorg

Op deze box is het eigen risico van toepassing dat op het polisblad staat vermeld.

De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Acnébehandeling

Vergoeding voor de kosten van poliklinische behandeling door een plastisch chirurg of huidtherapeut van ernstige vormen van acné met behulp van peeling of dermabrosie.

Vergoeding na toestemming vooraf.

Advies bij letsel

Als een verzekerde bij een ongeval of door toedoen van een derde letsel heeft opgelopen verleent de verzekeraar op verzoek advies over de mogelijkheden van verhaal van persoonlijke schade op de aansprakelijke partij.

Alternatieve behandelwijzen

Vergoeding voor 80% van de kosten, tot een maximum van € 500 per verzekerde per kalenderjaar, van behandeling door een arts of therapeut die alternatieve behandelwijzen of therapieën toepast. De arts of therapeut dient lid te zijn van een door de verzekeraar erkende beroepsvereniging. De actuele lijst van erkende beroepsverenigingen is opvraagbaar bij de verzekeraar of in te zien op de website: www.Rijnmond.com. Alternatieve geneesmiddelen worden niet vergoed.

Audiologische hulp

Vergoeding voor de kosten van hulp door een audiologisch centrum op voorschrift van een arts.

Brillenglazen en contactlenzen

Vergoeding tot maximaal € 200 per verzekerde om de 24 maanden voor de kosten van visuscorrigerende brillenglazen of contactlenzen.

Camouflagetherapie

Enmaal per de gehele verzekeringsduur vergoeding voor de materiaal- en leskosten door een camouflagiste.

Epilatie

Enmaal per de gehele verzekeringsduur vergoeding tot een maximum van € 250 van de kosten van medisch noodzakelijke epilatie van gezichtsbeharing.

Ergotherapie

Vergoeding voor maximaal 10 uren ergotherapie per verzekerde per kalenderjaar, na verwijzing door een arts. Vergoeding vindt plaats op basis van het neventarief enkelvoudige ergotherapie.

Herstellingsoorden

Bij verblijf in een door de verzekeraar erkend herstellingsoord wordt de eigen bijdrage volgens de AWBZ vergoed. Vergoeding na toestemming vooraf.

Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Vergoeding volgens de Regeling farmaceutische hulp (GVS systeem) voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, geregistreerd in de taxen van de KNMP, op voorschrift van een huisarts of specialist geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Hoortoestel

Vergoeding tot maximaal € 700 voor de kosten die voor eigen rekening blijven bij de aanschaf van een hoortoestel (of set hoortoestellen) dat gedeeltelijk wordt vergoed onder het Reglement Hulpmiddelen. Deze vergoeding wordt eenmaal per 8 jaar verleend.

Invalidenwagen of rolstoel

Enmaal per de gehele verzekeringsduur tegemoetkoming tot maximaal € 500 in de aanschafkosten van een invalidenwagen of rolstoel. Vergoeding na toestemming vooraf.

Lidmaatschap patiëntenvereniging

Vergoeding voor de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

Logopedie

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een logopedist op voorschrift van huisarts of specialist. Niet vergoed worden de kosten van een logopedische behandeling van dyslexie of van een taalontwikkelingsstoornis door dialect of anderstaligheid.

Mammaprothese

Vergoeding voor de kosten die voor eigen rekening blijven bij aanschaf van een mammaprothese conform het Reglement Hulpmiddelen.

Preventieve hulp

Vergoeding voor baarmoederhals- en borstkankeronderzoek, prostaatonderzoek, inentingen tegen griep, hondsdolheid en tetanus, preventief hart- en bloedvatenonderzoek en cholesteroltest.

Pruiken

Vergoeding tot maximaal € 500 voor de kosten die voor eigen rekening blijven bij de aanschaf van een pruik die gedeeltelijk wordt vergoed onder het Reglement Hulpmiddelen.

Psoriasis dagbehandeling

Vergoeding voor de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum in Nederland.

Rechtshulp bij een medische fout

Als door een medische fout bij een behandeling, die op grond van deze verzekering wordt vergoed, een verzekerde schade lijdt, bestaat aanspraak op rechtshulp bij het verhalen van die schade op de aansprakelijke partij. Het maximum van deze aanspraak bedraagt € 5.000. Deze rechtshulp heeft een subsidiair karakter: de aanspraak bestaat alleen als verzekerde geen aanspraken heeft op grond van een andere verzekering of regeling, al dan niet van oudere datum. Het verzoek tot rechtshulp dient binnen 12 maanden na het ontstaan van de schade te zijn ingediend.

Sportmedisch advies

Vergoeding, tot maximaal het enkelvoudig huisartsconsulttarief, voor advies bij een sportblessure door een sportarts of door een Sportmedisch Adviescentrum, eenmaal per verzekerde per kalenderjaar.

Sterilisatie en abortus

Vergoeding voor de kosten van sterilisatie en abortus. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.

Steunzolen

Vergoeding voor kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar die op voorschrift van een arts door een orthopedisch schoenmaker wordt geleverd.

Voedingsadvies

Vergoeding voor de kosten van voedingsadviezen door een diëtiste op schriftelijke verwijzing van een huisarts of specialist.

Vormverbeterende operaties

Vergoeding voor de kosten van vormverbeterende behandelingen indien de behandeling strekt tot correctie van:

- a. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminking die het gevolg is van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslakte bovenoogleden die gepaard gaan met aantoonbare beperking van het gezichtsveld;
- d. een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Vergoeding na toestemming vooraf. Niet vergoed worden de kosten van behandeling uit persoonlijke behoefte of noodzaak.

19 Omvang van de dekking van de box kraam- en kinderverzorging

Op deze box is het eigen risico van toepassing dat op het polisblad staat vermeld.

De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Bevalling en kraamzorg

Vergoeding voor de kosten van een bevalling in een ziekenhuis of polikliniek, en verloskundige hulp inclusief voor- en nazorg bij thuisbevalling.

Bevallingsuitkering

Bij bevalling thuis wordt een uitkering verleend van € 1.600.

Bij poliklinische bevalling of bevalling in een kraaminrichting wordt een uitkering verleend van € 1.400.

Bij ziekenhuisopname wordt een uitkering verleend van € 1.600 onder aftrek van € 200 per in rekening gebrachte opnamedag (de dag van opname en ontslag tellen hierbij samen voor één).

Kraamzorg in natura

Verzekerde kan in plaats van de bevallingsuitkering kiezen voor kraamzorg in natura thuis. De aanvraag hiervoor moet vijf maanden van tevoren bij de verzekeraar binnen zijn.

Het aantal uren kraamzorg is maximaal 54, verspreid over maximaal 10 dagen. Is er voor kraamzorg in natura gekozen en doet zich binnen een periode van acht dagen na de bevalling alsnog een opname voor, dan wordt voor elke opnamedag zes uur kraamzorg in mindering gebracht. De verzekeraar heeft geen leveringsplicht en geeft geen garantie voor voldoende kraamzorg. In het geval de kraamzorg in natura niet of onvoldoende geleverd wordt, zal een bevallingsuitkering worden verstrekt naar evenredigheid.

Kraampakket

Enige weken voor de uitrekendatum wordt een kraampakket verstrekt.

Kraamhotel

De kosten van een kraamhotel komen niet voor vergoeding in aanmerking

Gezonde zuigeling

Vergoeding voor de kosten van verblijf van de (gezonde) baby die bij de moeder in het ziekenhuis verblijft. Vergoeding vindt plaats volgens het tarief 'gezonde zuigeling', en zolang de verzekeraar de verpleegkosten voor de moeder vergoedt, en totdat de baby drie maanden oud is.

Gezonde moeder

Vergoeding voor de kosten van verblijf van de (gezonde) moeder die bij de baby in het ziekenhuis verblijft. Vergoeding vindt plaats volgens het tarief 'gezonde moeder', tot maximaal 10 dagen en zolang de verzekeraar de verpleegkosten voor de baby vergoedt.

Erfelijkheidsadviesing

Vergoeding voor de kosten van verleende hulp door een centrum voor erfelijkheidsadviesing op voorschrift van een arts.

Gezinsverzorging

Vergoeding tot een maximum van € 500 voor de kosten van gezinsverzorging door een erkend gezinsverzorgingsbureau bij ziekenhuisopname van een verzekerde ouder.

Kinderopvang

Vergoeding tot maximaal € 30 per dag en tot maximaal 30 dagen voor de kosten van kinderopvang door een erkend kinderopvanginstituut bij ziekenhuisopname van een verzekerde ouder.

Leukemie bij kinderen

Vergoeding voor de kosten die de SKION in rekening brengt voor centrale diagnostiek alsmede coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Logeerhuizen

Vergoeding voor de eigen bijdrage voor verblijf van de ouders in een logeershuis, dat is verbonden aan een ziekenhuis bij opname van een meeverzekerd kind.
Vergoeding voor de verblijfskosten van een verzekerde patiënt in het Prinses Margriethuis van de Nederlandse Lever en Darmstichting. Moeten de ouders in verband hiermee ook bij het ziekenhuis overnachten, wordt vergoeding verleend tot € 25 per nacht.

Meerlinguitkering

Voor een tweede en elk volgende levend geboren kind uit dezelfde zwangerschap wordt een extra uitkering verleend van € 250 per kind als het op deze verzekering is meeverzekerd.

Plaswekker

Vergoeding voor de huurkosten van een enuresis (plas)wekker voor een periode van maximaal 6 maanden.

Stottertherapie

Eenmaal per de gehele verzekeringsduur vergoeding tot een maximum van € 1.000 per verzekerde van de behandelkosten van een door de verzekeraar erkend instituut waar stottertherapie wordt gegeven.

Therapeutisch kamp

Vergoeding bij verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische jongeren.
Vergoeding na toestemming vooraf.

Therapeutisch kamp gehandicapt kind

Vergoeding bij verblijf in een therapeutisch kamp voor gehandicapte jongeren.
Vergoeding na toestemming vooraf.

Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Vergoeding voor de kosten van de volgende vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen bij ongewilde kinderloosheid van een vrouwelijke verzekerde jonger dan 41 jaar:
- KI, IUI: maximaal 6 pogingen. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 100;
- IVF, IVF-ICSI: maximaal 3 pogingen. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 500.
Vergoeding na toestemming vooraf. Niet vergoed worden de kosten van MESA- en TESEbehandelingen.

20 Omvang van de dekking van de box buitenlandzorg

Op deze box is het eigen risico van toepassing dat op het polisblad staat vermeld.

De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Inenting

Vergoeding voor de kosten van geneesmiddelen (inenting) ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland.

Niet-spoedeisende behandeling in een ander land van de Europese Unie

Na toestemming vooraf kunnen behandelingen die op grond van deze verzekering in Nederland worden vergoed ook in een ander land van de Europese Unie worden ondergaan.

Hieraan worden gelijke voorwaarden gesteld als bij een behandeling in Nederland.

Voor de bepaling van de vergoeding wordt de behandeling geacht in Nederland te hebben plaatsgevonden. Maximaal worden dus de kosten vergoed die bij behandeling in Nederland zouden zijn vergoed.

Als de behandeling naar Nederlandse medische normen niet zou hebben plaatsgevonden, wordt geen vergoeding verleend. Behandelingen die niet doelmatig of onnodig kostbaar zijn worden niet vergoed. Behandelingen die naar Nederlandse maatstaven experimenteel zijn worden niet vergoed.

Spoedeisende hulp: werelddekking (inclusief Europese Unie)

Deze verzekering geeft recht op volledige vergoeding voor de kosten van niet te voorziene en spoedeisende medische hulp die buiten Nederland wordt verleend. Onder deze dekking vallen de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer, verpleging bij opname in een plaatselijk erkend ziekenhuis, hulp door een specialist, huisarts of tandarts en de door een arts voorgeschreven medicijnen.

Maximaal worden 365 verpleegdagen vergoed. Voorwaarde voor vergoeding is dat verzekerde Nederlands ingezetene is en de voorgenomen verblijfsduur in het buitenland korter dan 6 maanden. De vergoeding vindt plaats volgens de middenkoers van de dag waarop de nota is uitgeschreven.

Hulpverlening

Na toestemming vooraf is de volgende hulpverlening beschikbaar: ☎ +031 20 5929121

- a. Garantstelling: Op verzoek geeft de verzekeraar een garantieverklaring af aan het ziekenhuis.
- b. Toezending van geneesmiddelen voor zover dit door de geldende douanebepalingen wordt toegestaan en voor zover ter plaatse geen redelijke alternatieven verkrijgbaar zijn.
- c. Repatriëring: Vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar de woonplaats, inclusief de kosten van medische begeleiding.
- d. Repatriëring stoffelijk overschot: vergoeding voor de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar de woonplaats. In geval besloten wordt tot begraving of crematie ter plaatse worden de reiskosten vergoed die gemaakt worden voor het bijwonen van de begraving of crematie door de echtgenoot/partner en familieleden in de eerste en tweede graad. De vergoeding voor reiskosten bedraagt maximaal € 7.000.

- e. Begeleiding bij repatriëring: vergoeding voor de extra reis- en verblijfskosten van een medeverzekerde reisgenoot of partner/echtgenoot, die meereist bij repatriëring naar de woonplaats.
- f. Tolkenservice.

21 Omvang van de dekking van de box tandenzorg

Op deze box is het eigen risico van toepassing dat op het polisblad staat vermeld.

De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Tandheelkunde

Vergoeding tot een maximum van € 1.500 per verzekerde per jaar wordt verleend voor:

- a. 80% van het UPT-tarief dat door de tandarts of mondhygiëniste in rekening mag worden gebracht voor alle behandelingen.
- b. 80% van de rechtsgeldige tarieven voor techniekkosten.

Behandelingen die onnodig kostbaar of tandheelkundig ondoelmatig zijn worden niet vergoed. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van, en in verband met, implantaten, transplantaten, de kosten van parodontale chirurgie en bijbehorende nazorg. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van röntgenfoto's.

Regeling voor gehandicapten

Als door een lichamelijke of geestelijke handicap van een verzekerde een langere dan gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling nodig is, wordt vergoeding verleend voor de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiëniste, op basis van het goedgekeurde tarief per behandeluur.

Orthodontie

Vergoeding van orthodontische behandeling (gebitsregulatie) uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, in geval van een orthodontische afwijking met een IOTN score van 3 of hoger. Vergoeding vindt plaats op basis van een aanvraag, in te dienen (voorafgaand aan de behandeling) door de behandelend tandarts of orthodontist, waarin de IOTN score aangegeven dient te worden.