

VGZ Vitaal Pakket

Aanvullende Verzekeringsvoorwaarden 2014



Zelf alles
online regelen
met
Mijn VGZ



Welkom bij VGZ

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw aanvullende verzekering, het VGZ Vitaal Pakket. In de tekstblokken vindt u een nadere uitleg over de voorwaarden. Wilt u meer weten? Ga dan naar www.vgz.nl. U vindt daar alle informatie over uw zorgverzekering en aanvullende verzekeringen.

Hebt u wensen of ideeën voor verbeteringen in de zorg? Dan bent u van harte welkom op ons online platform 'Deel het met VGZ'. Wij zijn continu op zoek naar inzichten waarmee wij de zorg verder kunnen verbeteren. Uw mening is hierbij erg belangrijk. Want voor goede zorg, zorg je samen. Wilt u ook uw ervaring delen? Ga dan snel naar www.deelhetmet.vgz.nl.

Voor goede zorg zorg je samen

Mijn VGZ

Via Mijn VGZ kunt u onder andere uw polis wijzigen, uw declaraties inzien en uw premie betalen. Log in met uw DigiD en ontdek de mogelijkheden! Ga naar www.mijnvgz.nl

Actueel nieuws

Op de hoogte blijven van de ontwikkelingen over de zorg, gezondheid en uw zorgverzekering? Meld u aan voor de VGZ e-mailnieuwsbrief.



Belangrijke informatie:

Kijk op www.vgz.nl/contact voor de contactgegevens. Alle gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op www.vgz.nl/vergelijkenkies.

Aanvragen toestemming U stuurt uw aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar:
VGZ
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven
U vindt in deze verzekeringsvoorwaarden in welke gevallen u toestemming nodig hebt.

Insturen nota's Wilt u uw declaraties gemakkelijk online indienen? Log in op www.mijnvgz.nl en dien uw nota's in. Of u stuurt de originele nota met een declaratieformulier naar:
VGZ
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven

Inhoudsopgave

I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	7
Artikel 3. Premie	8
Artikel 4. Overige verplichtingen	9
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	10
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van het VGZ Vitaal Pakket	10
Artikel 7. Klachten en geschillen	11
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	11
II. VGZ Vitaal pakket	12
Artikel 9. Alternatieve zorg	12
Artikel 10. Beweegzorg	12
Artikel 11. Brillen en contactlenzen	13
BUITENLAND	13
Artikel 12. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	13
Artikel 13. Repatriëring	14
PREVENTIE	14
Gezond leven	14
Artikel 14. Cursussen	14
Artikel 15. Gezondheidstest	14
Artikel 16. Gewichticonsulent	15
Advies en begeleiding	15
Artikel 17. Sport Medisch Advies	15
Artikel 18. Zorg voor vrouwen in de overgang	15
Keuring	15
Artikel 19. Medische keuring rijbewijs	15
Artikel 20. Griepvaccinatie	15
Artikel 21. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	15
HUIDBEHANDELINGEN	15
Artikel 22. Acnebehandeling	15
Artikel 23. Camouflagetherapie	16
Artikel 24. Ontharen	16
HULPMIDDELEN	16
Artikel 25. Audiologische hulpmiddelen	16
Artikel 26. Mammaprothese	16
Artikel 27. Pruiken en mutssja's	16
Artikel 28. Steunpessarium	16
MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	16
Artikel 29. Besnijdenis (medische circumcisie)	16
Artikel 30. Ooglidcorrectie	17
PSYCHOLOGISCHE ZORG	17
Artikel 31. Seksuologische zorg	17

VOETBEHANDELINGEN	17
Artikel 32. Voetverzorging voor de reumatische voet	17
Artikel 33. Podotherapie	17
Artikel 34. Steunzolen	17
DIEETADVISERING	18
Artikel 35. Dieetadvisering	18
ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN	18
Artikel 36. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	18
MANTELZORG	18
Artikel 37. Mantelzorgmakelaar	18
Artikel 38. Vervangende mantelzorg	19
VERBLIJF	19
Artikel 39. Herstellingsoorden en zorghotels	19
Artikel 40. Hospice	19
Artikel 41. Ronald McDonaldhuis/familiehuis	19
VERVOER	20
Artikel 42. Vervoer in verband met transplantatie van organen	20
TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG	20
Artikel 43. Tandheelkundige zorg	20
Artikel 44. Gebitsprothesen (kunstgebit)	20
III. Begripsomschrijvingen	21

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw VGZ Vitaal Pakket geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangevraagd en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode.

Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Door wie mag de zorg worden verleend

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven.

Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

Hieronder vindt u de artikelen waarbij sprake is van gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders:

- Artikel 9. Alternatieve zorg
- Artikel 10. Beweegzorg
- Artikel 22. Acnebehandeling
- Artikel 23. Camouflagetherapie
- Artikel 24. Ontharen
- Artikel 35. Dieetadvisering
- Artikel 37. Mantelzorgmakelaar
- Artikel 38. Vervangende mantelzorg
- Artikel 39. Herstellingsoorden en zorghotels
- Artikel 40. Hospice
- Artikel 42. Vervoer in verband met transplantatie van organen

1.4. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruik maakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden.

De maximale vergoedingen kunt u raadplegen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders VGZ Natura 2014'. Deze lijst vindt u op onze website.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.5. Insturen van nota's

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Uw kosten online declareren

U kunt gebruikmaken van onze online declaratieservice. Ga naar www.mijnvgz.nl.

Na het indienen van de declaratie vragen wij u de originele nota een jaar te bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen. Sommige nota's waaronder buitenlandse nota's kunt u niet online declareren. Deze originele nota's moet u samen met een ingevuld declaratieformulier naar ons opsturen. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie. Maak voor verzending gebruik van de retourenvelop. Of stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voor in deze voorwaarden vindt.

1.6. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.7. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.9. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van het VGZ Vitaal Pakket plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van het VGZ Vitaal Pakket.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als u voor deze wet verzekerd was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is het VGZ Vitaal Pakket pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht

door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

1.11. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering VGZ Vitaal Pakket

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekering VGZ Vitaal Pakket.

In de artikelen 1 tot en met 8 (hoofdstuk I Algemeen gedeelte) worden de algemene voorwaarden vermeld. In de artikelen 9 tot en met 44 wordt de (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken beschreven. De begripsomschrijvingen vindt u in hoofdstuk III.

Hebt u op grond van de collectieve overeenkomst gesloten tussen uw werkgever en VGZ een MiX Aanvullende Verzekering? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van Beveegzorg, Preventie en Dieetadvisering vanuit de MiX Aanvullende Verzekering. U hebt in dat geval geen recht op vergoeding van deze kosten vanuit het VGZ Vitaal Pakket.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders.

U kunt deze documenten vinden op onze website.

2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw VGZ Vitaal Pakket kan worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Uw persoonsgegevens en andere gegevens gebruiken wij:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;

- voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties;
- voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantbestand;
- voor onderzoek onder verzekerden of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude).

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website. Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist, www.stichtingcis.nl.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken. Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw notaris rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres-, polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van het VGZ Vitaal Pakket wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van het VGZ Vitaal Pakket, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt het VGZ Vitaal Pakket schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op het VGZ Vitaal Pakket is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt het VGZ Vitaal Pakket op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.3.2. U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen.
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via 'Mijn VGZ' gratis een digitale nota te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling, dit kan desgewenst direct via Ideal.
- c. Uw werkgever houdt de premie op uw salaris in en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling van uw premie per papieren acceptgiro

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan ontvangt u hiervoor een papieren acceptgiro. U betaalt dan per acceptgiro € 1,50 voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en verwerken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 1,50.

3.3.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.5. Niet-tijdig betalen

3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premie-

vervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet-tijdige betaling het VGZ Vitaal Pakket te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan het VGZ Vitaal Pakket weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat het VGZ Vitaal Pakket in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.5.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.5.3. Als u al bent aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht uitbetaalde vergoedingen, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.5.5. Als wij het VGZ Vitaal Pakket wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van het VGZ Vitaal Pakket;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dit zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van het VGZ Vitaal Pakket op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van het VGZ Vitaal Pakket in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van het VGZ Vitaal Pakket

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van VGZ aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekering(en). Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

Het VGZ Vitaal Pakket wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin het VGZ Vitaal Pakket is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt het VGZ Vitaal Pakket telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor het VGZ Vitaal Pakket

6.2.1. Zorgverzekering

U kunt het VGZ Vitaal Pakket als aanvulling op een zorgverzekering van VGZ sluiten, maar u bent dat niet verplicht. Voor het VGZ Vitaal Pakket geldt geen medische selectie.

6.2.2. Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Heeft één van de verzekerde ouders/verzorgers op de polis een VGZ Vitaal Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar de aanvullende verzekering van de andere verzekerde ouder/verzorgers. Hebben beide verzekerde ouders/verzorgers op de polis een VGZ Vitaal Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar een VGZ Aanvullend Beter.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar.

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen VGZ. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van de vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. In de berekening van de hoogte van de vergoeding waarop u aanspraak kunt maken, tellen deze eerder uitgekeerde vergoedingen mee.

6.3. Einde van rechtswege

6.3.1. Het VGZ Vitaal Pakket eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- VGZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- VGZ stopt met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering VGZ Vitaal Pakket.

Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van het VGZ Vitaal Pakket hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat het VGZ Vitaal Pakket is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt het VGZ Vitaal Pakket schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt het VGZ Vitaal Pakket tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering van VGZ.

6.4.3. U kunt voor opzegging van het VGZ Vitaal Pakket zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.5. Wanneer kunnen wij het VGZ Vitaal Pakket opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen het VGZ Vitaal Pakket schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang het VGZ Vitaal Pakket opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

7.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw VGZ Vitaal Pakket goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om een klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

7.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

7.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om een klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig).

7.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering(en). U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website. U kunt ook contact met ons opnemen, telefoonnummer 088- 131 16 11.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. VGZ Vitaal pakket

Artikel 9. Alternatieve zorg

Omschrijving:

alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

- voor de zorg onder a tot en met d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;
- voor de zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

2. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Uw apothek of apothekhoudend huisarts kan ook nagaan of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

maximaal € 300 per kalenderjaar

voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.

Bijzonderheden:

1. onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;

- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorziening in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 16).

2. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10. Beweegzorg

Omschrijving:

Beweegzorg bestaat uit:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., ortho-manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

1. **fysiotherapie:** fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. **oedeemtherapie:** oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. **oefentherapie Cesar/Mensendieck:** oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. **ergotherapie:** ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

5. alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aange-
wezen?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Waar mag de zorg worden verleend:

de zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw
zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzor-
gingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch
noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum
vergoeding van € 45 per dag

Wordt de zorg onder omschrijving punt 1 tot en met 4 ver-
leend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract
hebben gesloten?

Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot
maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven
zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn over-
eengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor
meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoor-
waarden.

Bijzonderheden:

18 jaar en ouder:

1. chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste
twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de
21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kos-
ten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een ver-
wijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist
en onze toestemming vereist.

Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysio-
therapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorg-
verzekering).

2. niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behan-
delingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval
geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening
komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysio-
therapie en oefentherapie).

3. bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:
vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in
verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende
behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten
laste van de zorgverzekering;

4. vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De
eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering;

5. u hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweeg-
zorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel
verbetering van conditie, zoals medische trainings-

therapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewe-
gen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

6. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor di-
agnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek,
scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieon-
derzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoor-
beeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 11. Brillen en contact- lenzen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van con-
tactlenzen en/of brillenglazen op sterkte inclusief bijbeho-
rende brilmonturen en kosten van aanmeting.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticien of optiekbedrijf.

Er zijn speciale voordelen voor u als klant van VGZ. Kijk voor
de actuele ledenvoordelen op onze website.

Vergoeding:

maximaal € 150 per 3 kalenderjaren.

BUITENLAND

Artikel 12. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoed-
eisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kos-
ten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch
noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht moge-
lijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoor-
zien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na
terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoe-
ding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands
bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers
die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaats-
gevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen
naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van
XE.com.

U kunt gebruik maken van de VGZ Alarmcentrale +31 40 297 5550 (+ = internationaal toegangsnummer)
Dit is vooral aan te raden als het om zorg gaat die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:
volledig.

Artikel 13. Repatriëring

Omschrijving:

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen:

VGZ Alarmcentrale +31 40 297 5550 (+ = internationaal toegangsnummer)

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de VGZ Alarmcentrale?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:
volledig.

Bijzonderheden:

de VGZ Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Een budget voor preventie dat u kunt besteden aan de volgende vormen van preventie:

- gezond leven;
- advies en begeleiding;
- keuring;
- vaccinaties.

In de onderstaande artikelen worden deze vormen van preventie beschreven.

GEZOND LEVEN

Artikel 14. Cursussen

Omschrijving:

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een vereniging die erkend is door het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.oranjekruis.nl;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'npcf' vindt u een link 'onze leden'.

Artikel 15. Gezondheidstest

Omschrijving:

integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat alleen uit de volgende onderzoeken:

- meten van de hartslag, bloeddruk, buikomvang, vetpercentage;
- vaststellen gewicht en BMI ('Body Mass Index');
- bloed- en urineonderzoek;
- beperkte inspanningstest om uw conditie te bepalen.

Wij hebben met een aantal zorgaanbieders speciale afspraken gemaakt. Hierdoor bent u verzekerd van goede zorg. Ga naar de zorggids op onze website voor onze voorkeursaanbieders.

Bijzonderheden:

1. u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de gezondheidstest onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO);
2. de kosten van (preventieve) scans worden niet vergoed.

Artikel 16. Gewichtconsulent

Omschrijving:

voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN).
Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

ADVIES EN BEGELEIDING

Artikel 17. Sport Medisch Advies

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Artikel 18. Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving:

voorlichting aan en advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen:

verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

KEURING

Artikel 19. Medische keuring rijbewijs

Omschrijving:

medische keuring ten behoeve van verlenging van het rijbewijs B of BE.

Wie mag de keuring verrichten:

(huis)arts.

Artikel 20. Griepvaccinatie

Omschrijving:

'de grieprik' als u niet tot de risicogroep behoort die via het Nederlandse Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccin.

Wie mag de zorg verlenen:

huisarts of medisch specialist.

Artikel 21. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving:

voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)meningitis, rabiës of malaria.

Wie mag de zorg verlenen:

vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvies (www.lcr.nl).
De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

Het totale budget voor preventie bedraagt:

maximaal € 500 per kalenderjaar.

HUIDBEHANDELINGEN

een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

Artikel 22. Acnebehandeling

Omschrijving:

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Artikel 23. Camouflagetherapie

Omschrijving:

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Artikel 24. Ontharen

Omschrijving:

behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:

maximaal € 500 per kalenderjaar.

HULPMIDDELEN

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

Artikel 25. Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel. Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, soloapparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Artikel 26. Mammaprothese

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van plakstrips.

Artikel 27. Pruiken en mutssja's

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Bijzonderheden:

als u een indicatie hebt voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutssja.

Artikel 28. Steunpessarium

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt:

maximaal € 350 per kalenderjaar.

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 29. Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Vergoeding:

maximaal € 600.

Artikel 30. Ooglidcorrectie

Omschrijving:

u hebt recht op een bovenooglidcorrectie als de onderrand van het bovenooglid bij ontspannen recht vooruit kijken 1 mm boven het centrum van de pupil of lager hangt.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder 'omschrijving', goed zichtbaar is.

Vergoeding:

maximaal € 950.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 31. Seksuologische zorg

Omschrijving

zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies, ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Wie mag de zorg verlenen/door

seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Verwijsbrief van:

huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding:

maximaal 4 zittingen tot maximaal € 60 per zitting.

Bijzonderheden:

een zitting duurt minimaal 60 minuten.

VOETBEHANDELINGEN

Een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

Artikel 32. Voetverzorging voor de reumatische voet

Omschrijving:

voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of pedicure met aantekening 'reumatische voet' of medisch pedicure, die is geregistreerd in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Artikel 33. Podotherapie

Omschrijving:

behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Artikel 34. Steunzolen

Omschrijving:

inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Wie mag de zolen leveren:

orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats of podotherapeut of podoposturaaltherapeut.

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt: maximaal € 300 per kalenderjaar.

DIEETADVISERING

Artikel 35. Dieetadviesing

Omschrijving:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 3 uur dieetadviesing. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop. Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd cardiovasculair risico en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12 van de VGZ zorgverzekering. Dan wordt de dieetadviesing voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Wie mag de zorg verlenen:

diëtist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling.

Waar moet de zorg plaatsvinden:

de zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding:

maximaal € 250 per kalenderjaar.

Wordt de zorg verleend door een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan worden de kosten per behandeling vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor dieetadviesing zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

Artikel 36. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®

Omschrijving:

nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen:

instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelen-balans.nl.

Vergoeding:

maximaal € 800 per diagnose.

MANTELZORG

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij de VGZ Zorgadviseur. Onze medewerkers informeren en adviseren u over mantelzorg: zij zijn op de hoogte van de regelgeving en weten waar u terecht kunt voor hulp.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg:

Artikel 37. Mantelzorgmakelaar

Omschrijving:

een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Wie mag de zorg verlenen:

voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met de VGZ Zorgadviseur, telefoonnummer 088 - 131 1611. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaar.

Gaat u zonder verwijzing van de VGZ Zorgadviseur naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal € 750 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

de diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

U verzorgt uw partner die ook bij VGZ is verzekerd. U of uw partner kan de kosten van de mantelzorgmakelaar declareren. Niet allebei.

Artikel 38. Vervangende mantelzorg

Omschrijving:

tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger aan de verzekerde met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van drie dagen.

Wie mag de vervangende mantelzorg leveren:

een door ons gecontracteerde organisatie. Een overzicht van de door ons gecontracteerde organisaties kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een organisatie waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal 9 dagen per kalenderjaar.

Let op

Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger graag weg zou willen gaan. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren.

VERBLIJF

Artikel 39. Herstellingsoorden en zorghotels

Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of 'burn-out'.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief van:

u hebt een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of 'burn-out' (punt 3. van de omschrijving).

Vergoeding:

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1000 per kalenderjaar.

Artikel 40. Hospice

Omschrijving:

het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal € 30 per dag.

Artikel 41. Ronald McDonald-huis/familiehuis

Omschrijving:

als uw partner opgenomen wordt in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hem of haar in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw partner opgenomen wordt in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaalhuis Ter Weijde, dat verbonden is aan het UZA te Antwerpen. Als u een dagbehandeling moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, dan kunt u ook in het familie- of logeerhuis overnachten. De dagbehandelingen moeten op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Vergoeding:

maximaal € 400 per kalenderjaar.

VERVOER

Artikel 42. Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het gaat om de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen:

een door ons gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Op voorschrift van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.

Vergoeding:

taxivervoer: volledig;

vervoer per eigen auto: € 0,31 per kilometer.

Bijzonderheden:

het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG

Artikel 43. Tandheelkundige zorg

Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:

80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - algehele narcose (A20).
2. de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Artikel 44. Gebitsprothesen (kunstgebit)

Omschrijving:

vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding:

volledig.

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximum tarieven worden voor 2014 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

III. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering(en): de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen VGZ en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering van VGZ en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgprestaties. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het des-betreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Schriftelijk: waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens VGZ voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door VGZ, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met VGZ de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 09156723. VGZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. VGZ is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt VGZ aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door VGZ gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet ge-regelde niet te boven gaan.

www.vgz.nl

voor meer informatie
en contactgegevens

Voor goede zorg zorg je samen

