

Polisvoorwaarden 2005

Pro Life Basispolis

Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de Algemene Voorwaarden, die van toepassing zijn op de Pro Life Basispolis, de Pro Life Basispolis Collectief, de Pro Life Smallpolis, de Pro Life Mediumpolis en de Pro Life Largepolis. In de Algemene Voorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken. Tevens treft u de lijst van verstrekkingen aan van uw Pro Life Basispolis. De lijst van verstrekkingen van de Pro Life Smallpolis, de Pro Life Mediumpolis en de Pro Life Largepolis vindt u in de separate polisvoorwaarden van deze aanvullende verzekeringen.

Inhoudsopgave

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

Begripsomschrijvingen

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

Verzekeraar

Pro Life Zorgverzekeringen is onderdeel van Agis Zorgverzekeringen. De verzekeraar is derhalve Agis Zorgverzekering N.V.

Lijst van verstrekkingen

In deze lijst vindt u omschreven onder welke voorwaarden uw kosten zijn gedekt, welke vormen van zorg onder deze verzekering vallen en in welke mate deze voor vergoeding in aanmerking komen.

De Pro Life Basispolis biedt u een basisdekking tegen ziektekosten, zoals onder andere huisarts, geneesmiddelen, hulpmiddelen, specialistische hulp en (bijzondere) ziekenhuiszorg. Als uitbreiding op de Pro Life Basispolis kunt u kiezen voor een aanvullende verzekering.

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

Uitsluitingen

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

Overige bepalingen

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

Inhoudsopgave

Algemene Voorwaarden	5
1 Begripsomschrijvingen	5
2 Toepasselijkheid Algemene Voorwaarden	9
3 Dekking	9
4 Algemeen	11
5 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	13
6 Premie	15
7 Wijziging van premie of voorwaarden	19
8 Begin, duur en einde van de verzekering	20
9 Vrijwaring van aansprakelijkheid	23
10 Fraude	23
11 Geschillen en toepasselijk recht	23
12 Inschrijving aanvullende verzekering	24
13 Bedenktijd	25
14 Extra tandheelkundige dekking	25
15 Pakketwijziging	25

Lijst van verstrekkingen

1 Huisartsenhulp	26
2 Medisch-specialistische hulp en onderzoek	26
a. Poliklinisch medisch-specialistische hulp door een vrijgevestigde medisch specialist	26
b. Medisch-specialistische hulp door een ziekenhuis of instelling	26
c. Plastisch chirurgische behandelingen	27
d. Kaakchirurgische hulp	27
e. Audiologische hulp	27
f. Chronisch intermitterende beademing	28
g. Erfelijkheidsonderzoek en advisering	28
h. Hulp bij trombose	28
3 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg	29
a. Opname	29
b. Dagverpleging	29
c. Nierdialyse	29
d. Orgaantransplantatie	30
4 Zorg in verband met de geboorte van een kind	30
a. In vitro fertilisatie	30
b. Verloskundige hulp	30
c. (Poli)klinische bevalling en kraambed (medisch noodzakelijk)	31
d. (Poli)klinische bevalling en kraambed (niet-medisch noodzakelijk)	31
e. Kraamzorg	31
5 Farmaceutische hulp	32
6 Hulpmiddelen	33
7 Revalidatie	34
8 Ziekenvervoer	34
a. Helikoptervervoer zieke pasgeborenen en ambulancevervoer	34
b. Overig ziekenvervoer	34
9 Tandheelkundige hulp	35
a. Tandheelkunde voor verzekerden tot 18 jaar	35
b. Bijzondere tandheelkunde voor verzekerden jonger en ouder dan 18 jaar	35
10 Paramedische hulp	36
a. Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	36
b. Oefentherapie Cesar/ Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar	36
c. Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronisch)	36
d. Oefentherapie Cesar/Oefentherapie Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar	37
e. Logopedie	37
f. Ergotherapie	38
g. Diëtistische voedingsadviezen	38
11 Buitenlanddekking	38
12 Facultatieve klasseverzekering	39
13 AWBZ	39

Algemene Voorwaarden

I Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvraagformulier:

Verzoek tot het sluiten van een overeenkomst van zorgverzekering.

Aanvullende verzekering:

De overeenkomst van zorgverzekering gesloten tussen verzekeringnemer en verzekeraar die recht geeft op de in de aanvullende verzekering bepaalde verstrekkingen of vergoedingen. De aanvullende verzekering kan niet worden afgesloten zonder dat de verzekeringnemer ook een hoofdverzekering heeft.

Apotheker:

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

Arts:

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

Audiologisch centrum:

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

AWBZ:

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts:

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

Bijkomende kosten:

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen:

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

Contractant:

Het rechtssubject waarmee de (collectieve) overeenkomst van ziektekostenverzekering is aangegaan.

Dagverpleging:

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

Dbc-tarief:

De kosten van het ziekenhuis, privé-kliniek of vrijgevestigd medisch specialist inclusief verschuldigde arbeidskosten waaronder onder meer begrepen het honorarium van de medisch specialist.

Deelnemer:

De actieve of postactieve medewerker van contractant op wiens naam het polisblad staat.

Diëtist:

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

Ergotherapeut:

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

Fraude:

Het plegen of trachten te plegen en het doen plegen van valsheid in geschrifte, oplichting/bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden, verduistering.

Fysiotherapeut:

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

Gekwalificeerd zorgverlener:

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

Gezin:

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

Groepscollectiviteit:

Een collectieve verzekering voor personen, die door een gemeenschappelijke factor met elkaar verbonden zijn, zoals een overkoepelend orgaan, franchiseorganisatie, beroepsorganisatie, instelling of vereniging.

Hoofdverzekering:

De Pro Life Basispolis danwel de Pro Life Basispolis Collectief.

Huisarts:

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

Hulpmiddelen:

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

Instelling:

Een binnen Nederland gevestigde en uitvoerende instelling waar onderzoek en medisch specialistische behandelingen plaatsvinden, voor zover deze niet gefinancierd is met AWBZ- of andere overheids gelden.

Kaakchirurg:

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

Kalenderjaar:

De periode van een jaar die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Kinderen:

- a de tot het gezin behorende inwonende, ongehuwde, eigen en/of adoptiekinderen tot 18 jaar en/of;
- b de tot het gezin behorende studerende, inwonende, ongehuwde eigen en/of adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op een uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering of aanspraak bestaat op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in het levensonderhoud ingevolge artikel 36 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 2001.

Kraamcentrum:

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

Kraaminrichting:

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

Kraamzorg:

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorger.

Letselschadeservice:

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

Logopedist:

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

Medisch adviseur:

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak:

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

Mondhygiënist:

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

Oefentherapeut:

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

Ongeval:

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

Orthodontist:

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

Polisblad:

Schriftelijk bewijs van overeenkomst van zorgverzekering.

Specialist:

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

Tandarts:

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

Tandprotheticus:

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die rechtsgeldig de titel van tandprotheticus voert conform het bepaalde in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Terrorisme:

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

Verloskundige:

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

Verzekeraar:

Pro Life Zorgverzekeringen is onderdeel van Agis Zorgverzekeringen. De verzekeraar is derhalve Agis Zorgverzekeringen N.V.

Verzekeringnemer:

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Verzekerde:

Ieder die als zodanig op het polisblad is genoemd.

Wet BIG:

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wijzigingsformulier:

Verzoek tot het wijzigen van een overeenkomst van zorgverzekering.

Ziekenhuis:

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

Zorgaanspraken:

Verstrekkings- of vergoedingsaanspraken aangaande zorgverlening waar de verzekerde krachtens de hoofdverzekering of aanvullende verzekering recht op heeft.

Zorgverlener:

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

2 Toepasselijkheid Algemene Voorwaarden

- 1 Deze algemene voorwaarden zijn van toepassing op en maken deel uit van de Pro Life Basispolis en de Pro Life Basispolis Collectief alsmede de Pro Life Smallpolis, de Pro Life Mediumpolis en de Pro Life Largepolis.
- 2 Voor de dekking van de verschillende polissen geldt hetgeen in de dekkingsrubriek of in de lijst van verstrekkingen van de desbetreffende polis staat vermeld.

3 Dekking

3.1 Omvang van de dekking

- 1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de in de lijst van verstrekkingen genoemde kosten gemaakt door verzekerden. De lijst van verstrekkingen beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging). De kosten worden vergoed op basis van het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen verzekeraar en zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige dan wel gangbare tarief, tenzij in de lijst van verstrekkingen dan wel in door de verzekeraar vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor ziekenhuizen, hulpmiddelen, fysiotherapie en ziekenvervoer. U kunt de reglementen bij de zorgverzekeraar kosteloos opvragen.
- 2 De vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.
- 3 Vergoeding van kosten vindt in alle gevallen plaats met inachtneming van het overeengekomen eigen risico en van hetgeen terzake van de vergoeding in de polisvoorwaarden is bepaald.
- 4 De behandeling moet in Nederland worden gegeven, tenzij in de lijst van verstrekkingen uitdrukkelijk wordt vermeld dat zorgaanspraken in het buitenland worden vergoed.
- 5 Als een zorgaanspraak zowel onder de dekking valt van de hoofdverzekering als onder de dekking van een aanvullende verzekering en/of een tandartsverzekering dan wordt de zorgaanspraak bij uitsluiting verricht onder de voor-

waarden van de hoofdverzekering.

- 6 Als een zorgaanspraak zowel onder de dekking valt van een aanvullende verzekering als onder de dekking van een tandartsverzekering, dan wordt de zorgaanspraak bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de aanvullende verzekering.

3.2 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

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

worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder kerninstallatie wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);

- c voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het bepaalde onder b geen toepassing.
- 14 Van de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en de kosten van bevolkingsonderzoek, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen.
- 15 Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is en deze derde dientengevolge de schade dient te vergoeden.
- 16 Als de verzekerde in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen en/of naar Nederland wordt teruggebracht zonder de Agis Alarmcentrale of een Agis Steunpunt in het buitenland te hebben ingeschakeld.

3.3 Terrorismedekking

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

4 Algemeen

4.1 Grondslag van de verzekering

- 1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier danwel wijzigingsformulier, de afzonderlijk daarbij verstrekte schriftelijke gegevens en de eventuele bij een keuring door de verzekerde verstrekte gegevens vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.
- 2 Verwijzing: de verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen op het aanvraagformulier, wijzigingsformulier danwel de afzonderlijke gegevens in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.
- 3 Kinderen: voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:
 - a zij binnen twee maanden na hun geboorte aan de verzekeraar ter verzekering zijn voorgedragen;
 - b alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd op deze polis.
- 4 Acceptatie: tenzij anders is overeengekomen, is de beslissing tot het accepteren van de verzekering, respectievelijk uitbreiding of verhoging daarvan, gebaseerd

- op de door de verzekeringnemer aan de verzekeraar verstrekte inlichtingen.
- 5 Voor alle verzekerden op een polis dient hetzelfde verzekeringspakket te worden gekozen (tenzij de verzekeraar toestemming geeft hiervan af te wijken). De keuze van de verzekerde verpleegklasse is per verzekerde vrij, met dien verstande dat voor kinderen uitsluitend een derde klasse verzekering mogelijk is.

4.2 Begin en einde van de vergoeding

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

4.3 Registratie van persoonsgegevens

De verzekeraar legt wanneer verzekeringnemer of deelnemer contact met verzekeraar heeft persoonsgegevens vast ten behoeve van het afsluiten van een verzekering, het uitvoeren en afwikkelen van de (ziektelasten)verzekering, het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering, het tegengaan van fraude, het voldoen aan wettelijke bepalingen en het (doen) uitvoeren van statistische analyses. Daarnaast worden persoonsgegevens vastgelegd om het contact met verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer te onderhouden. Deze persoonsgegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer te informeren over de producten en diensten van verzekeraar, voor het toezenden van een nieuwsbrief of het verstrekken van advies/informatie.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor de verkregen en verwerkte persoonsgegevens aan derden waaronder begrepen zorgverleners, herverzekeringsmaatschappijen, medische adviseurs, het Regionaal Indicatie Orgaan en toezichthouders te verstrekken voor zover dat voor de uitvoering van de (ziektelasten)verzekering of voor zover dat voor de uitvoering van overige hiervoor genoemde doelen van verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is. De verzekeraar handelt hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Voormelde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

Verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer kan de verzekeraar verzoeken om verstrekking van een overzicht van verwerkte persoonsgegevens. Verzekeraar zal verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer binnen vier weken, mits zij daartoe wettelijk gehouden is, het overzicht verstrekken. Indien er onjuistheden zijn in de door verzekeraar geregistreerde persoonsgegevens, kan de verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer de verzekeraar schriftelijk verzoeken tot correctie of verwijdering van deze persoonsgegevens. Voor het verstrekken van bovengenoemd overzicht kan een bijdrage in de kosten worden verlangd.

4.4 Pro Life Zorgservice

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

4.5 Letselschadeservice

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

4.6 Ingangsdatum van de polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2005.

5 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

5.1 Verhaal

- 1 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen of nalaten van een aansprekelijke derde, dan is de verzekerde verplicht de verzekeraar hierover te informeren en dient de verzekerde al het mogelijke te doen om de verzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door de verzekeraar gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.

- 2 Het niet meewerken van de verzekerde kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.
- 3 De verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.

5.2 Toestemming/verwijzing

- 1 Als in de lijst van verstrekkingen toestemming vooraf wordt gevraagd dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor de betreffende zorg c.q. de vergoeding van de betreffende zorg bij de verzekeraar te worden aangevraagd. Dit dient op een zodanig tijdstip te gebeuren, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zodanig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 2 De toestemming moet altijd bij de verzekeraar worden aangevraagd vóórdat de zorg wordt genoten. Als de verzekeraar (nog) geen toestemming heeft gegeven, is de verzekeraar niet gehouden de vergoeding of bijdrage uit te keren.
- 3 Als dit is aangegeven in de lijst van verstrekkingen, dient er een verwijzing van de huisarts of behandelend specialist te zijn. Als de verzekerde voor de betreffende zorg een declaratie indient bij de verzekeraar, moet hij de verwijzing bij deze declaratie voegen.
- 4 De verzekerde kan slechts een beroep doen op een telefonisch gegeven toestemming van de verzekeraar, als de verzekeraar deze toestemming schriftelijk heeft bevestigd.

5.3 Afhandeling schade

De verzekerde is verplicht om:

- a de behandelend (huis)arts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken;
- b de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
- c desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- d op de hierna in punt 5.4 omschreven wijze de declaraties in te dienen;
- e computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen;
- f alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden;
- g bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van de zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: 0900 328 24 47.

5.4 Declaraties

- 1 De verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten – onder overlegging van de originele nota's – bij de verzekeraar declareren. De declaratie moet bij de verzekeraar worden aangeboden binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De verzekerde dient hierbij gebruik te maken van een door verzekeraar te verstrekken declaratieformulier.
- 2 De verzekerde ontvangt van de verzekeraar een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.

- 3 Indien bepaalde kosten niet zijn vergoed wordt de reden daarvan vermeld in het bericht van uitkering.

5.5 Afspraken verzekeraar met zorgverleners

- 1 De verzekeraar behoudt zich het recht voor om met zorgverleners afspraken te maken inzake rechtstreeks declareren door de zorgverlener.
- 2 De verzekeraar betaalt in dat geval de nota aan de zorgverlener. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen danwel indien bepaalde posten vanwege een schorsing van de dekking niet betaald hoefden te worden maar toch aan de zorgverlener betaald zijn, dan wordt bij de verzekeringnemer deze post in rekening gebracht. Het bedrag dient door de verzekeringnemer aan de verzekeraar betaald te worden op dezelfde wijze als waarop de premie aan de verzekeraar betaald wordt.

6 Premie

6.1 Premiebetaling

- 1 Voor verzekeringen afgesloten in het kader van een groepscollectiviteit geldt dat de wijze van betaling van de premie en wettelijke bijdrage is vastgesteld in de tussen contractant en verzekeraar gesloten overeenkomst.
- 2 Zowel voor individuele verzekeringnemers als voor deelnemers aan groepscollectiviteiten geldt het navolgende:
 - a de premie wordt vastgesteld door de verzekeraar;
 - b de verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie en wettelijke bijdrage maandelijks bij vooruitbetaling danwel jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen. Indien de verzekeringnemer er voor kiest om de premie en wettelijke bijdrage maandelijks bij vooruitbetaling te voldoen, dient hij de verzekeraar machtiging te verlenen tot automatische incasso, bij gebreke waarvan de verzekeraar hiervoor administratiekosten bij de verzekeringnemer in rekening kan brengen. Indien de verzekeringnemer er voor kiest om jaarlijks bij vooruitbetaling de premie en wettelijke bijdrage te voldoen, kan de verzekeraar de verzekeringnemer een korting op de premie verlenen;
 - c de premie en wettelijke bijdrage zijn verschuldigd vanaf de eerste vervalddag nadat de verzekering van kracht is geworden;
 - d de premie, wettelijke bijdrage en administratiekosten zijn verschuldigd op de premievervalddag. Bij maandelijks vooruitbetaling is de premievervalddag de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd. Bij jaarlijkse vooruitbetaling is de premievervalddag de datum vermeld op de acceptgiro;
 - e indien de verzekeringnemer de verschuldigde premies, wettelijke bijdrage en/of administratiekosten niet of niet geheel op de premievervalddag heeft voldaan, is de verzekeringnemer nalatig. De nalatige verzekeringnemer wordt eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie, wettelijke bijdrage en administratiekosten te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. De nalatige verzekerde is gehouden tot vergoeding van de door de verzekeraar gemaakte incassokosten;
 - f indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief de verschuldigde premie, wettelijke bijdrage en administratiekosten heeft voldaan, is hij rehtens in verzuim;
 - g indien de verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdrage en administratiekosten niet op de premievervalddag heeft betaald, is de verzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen. Per verstuurde

- herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 1,-;
- h vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke verdragrente over de verschuldigde premie te voldoen;
 - i de verzekeraar kan volledige betaling van de premie weigeren, zonder zelf in verzuim te komen, als daarbij niet tevens de rente en kosten door de verzekeringnemer worden voldaan. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de door hem nog verschuldigde bedragen toe te rekenen aan verschillende openstaande posten, zoals kosten of verschuldigde premie uit verschillende maanden;
 - j het is een verzekeringnemer niet toegestaan de ingevolge de artikelen 6.1, 6.2 en 6.3 verschuldigde bedragen (die kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, administratiekosten, buitengerechtigke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen bedragen;
 - k bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt premierestitutie plaats vanaf de dag van beëindiging. Bij wijziging van de premie in de loop van een kalendermaand vindt premierestitutie (bij verlaging) respectievelijk premiesuppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging;
 - l Indien verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige verzekerden hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de verschuldigde bedragen.
- 3 Voor deelnemers aan groepscollectiviteiten geldt dat bij overlijden van de deelnemer voor het bereiken van de 65-jarige leeftijd de verzekering gedurende een jaar premievrij zal kunnen worden voortgezet door de echtgeno(o)t(e) en de overige op dat moment meeverzekerde kinderen, mits en zolang deze ongehuwd zijn. De premievrije voortzetting gaat in per de eerste januari van het jaar volgend op het jaar van overlijden van de deelnemer en eindigt op 31 december van datzelfde jaar. Tijdens de periode van premievrije voortzetting, is het niet mogelijk anders dan op initiatief van verzekeraar de dekking van deze ziektekostenverzekering te verhogen of uit te breiden.

6.2 De gevolgen van niet tijdige betaling van premie en overige kosten: schorsing, verrekening en beëindiging

- 1 De verzekeraar is gerechtigd de dekking van de verzekering vanaf het moment dat de verzekeringnemer in verzuim is te schorsen, hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde bedragen (die kunnen bestaan uit: de verschuldigde premie, de buitengerechtigke incassokosten), de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en/of de administratiekosten) onverlet laat. De verzekeraar is daarnaast vanaf dat moment gerechtigd over te gaan tot het nemen van incassomaatregelen. De verzekeringnemer is in dat geval gehouden, naast de wettelijke rente, de buitengerechtigke incassokosten ad 15% van de hoofdsom te voldoen.
- 2 De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorgaanspraken die hebben plaatsgevonden vanaf moment dat de verzekeringnemer in verzuim is.
- 3 Gedurende de schorsing van de dekking blijft de premie verschuldigd. De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag door de verzekeringnemer is betaald en door de verzekeraar is ontvangen.
- 4 Vanaf het moment dat verzekeringnemer nalatig is, is de verzekeraar gerechtigd de kosten die verzekeringnemer nog tegoed heeft te verrekenen met door de verzekeringnemer nog verschuldigde bedragen. De verzekeraar is vanaf het moment dat de verzekeringnemer nalatig is tevens gerechtigd al haar verplichtingen op te schorten tot het moment dat de verzekeringnemer alle verschuldigde bedragen aan de verzekeraar heeft betaald.
- 5 Naast een schorsing van de dekking is de verzekeraar gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste twee maanden in verzuim is met

het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, de wettelijke bijdrage, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtigde (incasso)-kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).

- 6 Indien in geval van een groepscollectiviteit is overeengekomen dat de premie door (tussenkomst van) de contractant wordt voldaan, stelt de verzekeraar bij niet tijdige betaling de deelnemer eenmaal in de gelegenheid alsnog de verschuldigde premies en/of wettelijke bijdrage te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. Indien de deelnemer de verschuldigde premie en/of wettelijke bijdragen niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief heeft voldaan, is hij rechtens in verzuim en kan de verzekeraar tot schorsing van de dekking overgaan. Naast een schorsing van de dekking is de verzekeraar ook in deze situatie gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de deelnemer tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, de wettelijke bijdrage, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtigde (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).

6.3 Eigen risico

- 1 Het eigen risico geldt alleen voor de hoofdverzekering en niet voor de (eventuele) aanvullende verzekeringen.
- 2 Van de verzekerde kosten is het op het polisblad genoemde eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer.
- 3 Als voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximaal vergoedingsbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum onverminderd van kracht, zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna.
- 4 Als de verzekering ingaat na 1 januari van een kalenderjaar wordt het eigen risico naar evenredigheid verminderd. Het eigen risico wordt niet verlaagd bij een voortijdig einde van de verzekering. Een reeds ingehouden risico wordt niet gerestitueerd.
- 5 Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico wordt beschouwd als het sluiten van een nieuwe verzekering en dient vergezeld te gaan van een ingevuld en ondertekend wijzigingsformulier.
- 6 Een door de verzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het eerste schriftelijke verzoek aan de verzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
 - a de verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van dertig dagen, onder mededeling dat bij niet tijdige betaling de dekking van de verzekering wordt geschorst vanaf het moment dat verzekeringnemer niet binnen de gestelde dertig dagen heeft betaald. Indien de verzekeringnemer niet binnen deze betalingstermijn het eigen risico heeft betaald, is hij rechtens in verzuim. De verzekeraar is gerechtigd de dekking van de verzekering vanaf het moment dat de verzekeringnemer in verzuim is te schorsen. De verzekeringnemer blijft verplicht de betaling te voldoen;
 - b de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief eventuele kosten, door de verzekeraar is ontvangen;
 - c bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden;
 - d vanaf het moment dat verzekeringnemer in verzuim is, is de verzekeraar gerechtigd de kosten die verzekeringnemer nog tegoed heeft te verrekenen met door de verzekeringnemer nog verschuldigde bedragen. De verzekeraar is vanaf het moment dat de verzekeringnemer in verzuim is tevens gerechtigd al

- haar verplichtingen op te schorten tot het moment dat de verzekeringnemer het eigen risico aan de verzekeraar heeft betaald;
- e naast een schorsing van de dekking is de verzekeraar gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van het eigen risico en/of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtigde (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).

6.4 Kennisgeving

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

7 Wijziging van premie of voorwaarden

Individuele polis

7.1 Herziening polis

- a de verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij de verzekeraar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien;
- b de herziening geschiedt op een door de verzekeraar vast te stellen datum.
De verzekeraar doet van een herziening mededeling;
- c als de verzekeraar de lijst van verstrekkingen wijzigt, verandert dat niets aan de aanspraken op verstrekkingen die de verzekerde heeft gevraagd vóórdat de lijst gewijzigd werd;
- d de herziening van de premie geschiedt ongeacht de wijziging welke voortvloeit uit de verhoging ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde;
- e herziening van de premie die voortvloeit uit de premiëstelling ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde zal plaatsvinden op de eerstvolgende vervaldatum (1 januari van enig jaar) ná het bereiken van deze leeftijdsgrens overeenkomstig het leeftijdsgebonden tarief voor individuele ziektekosten van de verzekeraar.
In het geval de verzekeraar een wijziging in de voorwaarden aanbrengt die betrekking heeft op de termijnen van zorgaanspraken of de hoogte van de vergoeding, dan worden de gedane vergoedingen vóór de wijziging van de voorwaarden meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding van de gewijzigde voorwaarden.

7.2 Recht van opzegging polis

- a de verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening als genoemd onder 7.1a niet akkoord te gaan;
- b als de verzekeringnemer dit binnen dertig dagen na de onder 7.1b genoemde datum schriftelijk per aangetekende brief aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet-verstreken periode waarover de premie is betaald. Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:
 - bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
 - bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
 - bij een herziening, die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door een verzekerde zoals omschreven onder 7.1e.

7.3 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar vóór de 31e dag na de onder 7.1b genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Groepscollectiviteit

7.4 Herziening voorwaarden en/of premies en voortzetting groepscollectiviteit

De mogelijkheid tot herziening van voorwaarden en/of premies is neergelegd in de tussen de contractant en de verzekeraar gesloten overeenkomst. Indien ter zake niets is overeengekomen geldt het hiervoor in 7.1, 7.2 en 7.3 bepaalde.

8 Begin, duur en einde van de verzekering

8.1 Begin en duur van de verzekering

- 1 De verzekering vangt aan op de datum zoals vermeld op het polisblad.
- 2 De verzekering wordt aangegaan voor de duur van een kalenderjaar. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend verlengd voor een kalenderjaar, tenzij een van de partijen de overeenkomst schriftelijk opzegt voor de expiratedatum (31 december) met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
- 3 De verzekering die in de loop van een kalenderjaar wordt afgesloten, wordt aangegaan voor het restant van dat kalenderjaar en het daaropvolgende kalenderjaar.
- 4 Met betrekking tot groepscollectiviteiten geldt het onder 8.1.2 en 8.1.3 gestelde in beginsel niet, tenzij het onder 8.1.2 en 8.1.3 gestelde niet is geregeld in de tussen de contractant en de verzekeraar gesloten overeenkomst. Voor groepscollectiviteiten geldt dat de verzekering is aangegaan voor de periode en tussentijds kan worden opgezegd op de wijze zoals tussen de contractant en de verzekeraar is overeengekomen.

8.2 Einde van de verzekering

- 1 Individuele polis
 - a de verzekering eindigt bij overlijden van de verzekeringnemer;
 - b de verzekering eindigt wanneer verzekeringnemer ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben;
 - c de verzekering eindigt indien de verzekeringnemer de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt. Onder de voorwaarde dat de verzekeringnemer in dat geval woonplaats houdt in Nederland, zal aan de verzekeringnemer per de eerste van de maand van zijn verjaardag de Standaardpakketpolis worden afgegeven tegen de alsdan geldende wettelijke premie en onder de alsdan geldende voorwaarden;
 - d de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer gedurende tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, de wettelijke bijdrage, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtelijke (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten). De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - e de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien zij schade lijdt door onrechtmatig handelen van de verzekeringnemer of de verzekerde. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - f de verzekeraar kan de verzekering met onmiddellijke ingang opzeggen indien verzekeringnemer en/of de verzekerde de medewerkers van verzekeraar grovelijk en/of op een maatschappelijk onaanvaardbaar geachte wijze beledigt, bedreigt dan wel handelt op een wijze waardoor zij in de uitoefening van hun werkzaamheden worden belemmerd;

- g de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien verzekeringnemer of verzekerde niet voldoet aan het schriftelijk verzoek alle inlichtingen te verschaffen die door de verzekeraar in verband met de verzekering noodzakelijk worden geacht. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - h de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien zij zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanvraagformulier danwel wijzigingsformulier of op een verwijzing van omstandigheden die voor de verzekeraar van zodanig belang zijn dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - i de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer of de verzekerde zijn verplichting(en) niet nakomt uit hoofde van de overeenkomst van verzekering;
 - j de verzekering eindigt indien deze tijdens de looptijd van de verzekering overbodig wordt ten gevolge van een publiekrechtelijke verzekering of wettelijke regeling krachtens de Ziekenfondswet, welke verzekering of regeling een gelijke dekking geeft voor de kosten als bij deze verzekering geregeld;
 - k de verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen zonder in achtname van de in artikel 8.1.2 vermelde opzeggingstermijn, indien de verzekeraar de premie of polisvoorwaarden tussentijds wijzigt. In dat geval dient de verzekeringnemer binnen een termijn van dertig dagen na kennisname van de wijziging de verzekering op te zeggen, door middel van een aangetekende brief aan de verzekeraar. De verzekering eindigt dan op de datum waarop de wijziging ingaat;
 - l de verzekeringnemer kan de overeenkomst niet opzeggen als in sub k bedoeld, indien:
 - de wijziging van de premie of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke bepalingen of maatregelen;
 - de wijziging een verlaging van de premie inhoudt bij gelijkblijvende dekking;
 - de wijziging een uitbreiding van de dekking inhoudt bij gelijkblijvende premie;
 - de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijds grens voor de verzekerde waar aan de premie is gekoppeld.
 - m de aanvullende verzekering eindigt met ingang van de dag waarop de hoofdverzekering eindigt.
- 2 Groepscollectiviteit
- 1 De verzekeringsovereenkomst die in het kader van een groepscollectiviteit is afgesloten eindigt tussentijds:
- a door overlijden van de deelnemer, tenzij de verzekering wordt voortgezet krachtens artikel 6.1.3;
 - b tenzij anders is overeengekomen, voor elke verzekerde dertig dagen na de datum waarop de verzekerde ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
 - c indien tijdens de looptijd van dit contract de verzekering voor bepaalde verzekerden overbodig wordt tengevolge van een publiekrechtelijke verzekering of wettelijke regeling conform de Ziekenfondswet, die dekking geeft voor de onder dit contract verzekerde kosten. Verzekeraar zal in dat geval deze verzekering ten aanzien van de betrokken verzekerden beëindigen;
 - d op het moment van beëindiging van de arbeidsovereenkomst tussen deelnemer en de contractant. Vanaf de dag van beëindiging van de arbeidsovereenkomst kan de verzekerde - voorzover de verzekerde zich niet via een collectieve regeling bij een nieuwe werkgever kan verzekeren - zich vanaf de dag van beëindiging van de arbeidsovereenkomst, na aanmelding en acceptatie bij verzekeraar in ieder geval op basis van de Standaardpakketpolis verzekeren;

- e in de situaties genoemd in artikel 8.2.2.1.a. tot en met 8.2.2.1.d. vindt restitutie van de betaalde premie plaats vanaf de dag waarop de wijziging plaatsvond. Een reeds ingehouden eigen risico zal niet gerestitueerd worden.
- 2 Verzekeraar is bevoegd de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen:
 - a indien de overeenkomst tussen contractant en de verzekeraar is komen te vervallen;
 - b indien de verzekeringsnemer of deelnemer gedurende tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, de wettelijke bijdrage, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtigde (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten). De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c indien de verzekeringnemer of de verzekerde naar aanleiding van een gebeurtenis een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven;
 - d indien verzekeraar zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanvraagformulier danwel wijzigingsformulier of op verzwijging van omstandigheden die voor verzekeraar van zodanig belang zijn, dat verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten;
 - e indien de verzekeringnemer niet voldoet aan het schriftelijk verzoek van verzekeraar alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering voor verzekeraar noodzakelijk worden geacht; indien de verzekerde de verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst niet nakomt;
 - f indien verzekeringnemer en/of de deelnemers de medewerkers van verzekeraar grovelijk en/of op een maatschappelijk onaanvaardbaar geachte wijze beledigt, bedreigt dan wel handelt op een wijze waardoor zij in de uitoefening van hun werkzaamheden worden belemmerd.
- 3 In het geval als bedoeld in 8.2.2.2. sub d heeft verzekeraar, overeenkomstig het bepaalde in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel, de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen.
- 4 In alle overige gevallen als bedoeld in 8.2.2.2. eindigt de verzekeringsovereenkomst op de datum als genoemd in de opzeggingsbrief, met dien verstande dat verzekeraar tenminste een opzegtermijn van veertien dagen in acht dient te nemen.
- 5 Indien de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt zal de verzekerde onherroepbaar worden ingeschreven in de wettelijk geregelde Standaardpakketpolis tegen de wettelijke premie, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen, per de eerste dag van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt. De aanvullende verzekering eindigt met ingang van de dag waarop de hoofdverzekering eindigt.
- 6 Onverminderd het in 8.2.2.5. bepaalde kan ingeval van pensionering (vóór de 65-jarige leeftijd) of het gebruik maken van een daarmee gelijk te stellen regeling zoals een VUT-regeling vóór het tijdstip waarop de verzekerde de 65-jarige leeftijd heeft bereikt, of ingeval van overlijden door de betrokken verzekerde, respectievelijk door diens krachtens de collectieve verzekeringsovereenkomst verzekerde nabestaande(n), de verzekering binnen het kader van de voorwaarden van de collectieve verzekeringsovereenkomst, zolang deze van kracht is, worden voortgezet, mits de instantie die de collectieve verzekeringsovereenkomst heeft aangegaan daaraan haar goedkeuring heeft verleend. De wens daartoe dient binnen dertig dagen na de datum van pensionering vóór de 65-jarige leeftijd of een daarmee gelijk te stellen regeling, respectievelijk de datum van overlijden, schriftelijk aan verzekeraar kenbaar te worden gemaakt.
- 7 Op het moment dat het huwelijk tussen de deelnemer en medeverzekerde echtgeno(o)t(e) door echtscheiding eindigt, het huwelijk na scheiding van tafel en bed wordt ontbonden danwel op het moment dat de duurzame relatie van samenwonenden eindigt en er geen sprake is van een gemeenschappelijke huishouding

dan dient de meeverzekerde ex-echtgeno(o)t(e) respectievelijk ex-partner van de polis te worden uitgeschreven. Vanaf de dag van echtscheiding, ontbinding van het huwelijk of na verbreking van de duurzame relatie kan de meeverzekerde ex-echtgeno(o)t(e) c.q. partner zich na aanmelding en acceptatie bij verzekeraar en na een medische beoordeling in ieder geval op basis van de Standaardpakketpolis verzekeren.

8.3 Beëindiging van de dekking met betrekking tot iedere verzekerde afzonderlijk

De dekking eindigt voor iedere verzekerde afzonderlijk, zodra:

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

9 Vrijwaring van aansprakelijkheid

De verzekeraar is niet aansprakelijk voor de schade die een zorgverlener de verzekerde berokkent door diens doen of nalaten.

10 Fraude

- 1 Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde fraude pleegt, bestaat er geen recht op uitkering. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts wordt bij constatering van fraude de polis met onmiddellijke ingang beëindigd.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de verzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de verzekeringsmaatschappijen gangbare fraudesignaleringssysteem.
- 3 Bij constatering van (mogelijke) fraude is de verzekeraar gerechtigd om bij de zorgverlener nadere informatie op te vragen of onderzoek te doen.

11 Geschillenregeling en toepasselijk recht

- 1 Alle geschillen samenhangend met of voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst, worden onderworpen aan het oordeel van de daartoe bevoegde rechter, zulkas nadat overleg tussen verzekeringnemer/verzekerde en de verzekeraar geen zinvol resultaat heeft gehad.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde kan een geschil gebaseerd op de ziektekostenverzekering, nadat dit ter kennis is gebracht van de verzekeraar en de verzekeraar

haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, tel 030 698 83 60, fax 030 698 82 45, www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl.

- 3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Bijzondere bepalingen die van toepassing zijn op de aanvullende verzekeringen (Pro Life Smallpolis, Pro Life Mediumpolis en Pro Life Largepolis)

12 Inschrijving aanvullende verzekering

- 1 Degene die een hoofdverzekering heeft gesloten kan zich door middel van een aanvraagformulier danwel wijzigingsformulier aanmelden voor een aanvullende verzekering welke recht geeft op de in de polis van de aanvullende verzekering nader omschreven zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen).
- 2 De verzekeraar is bevoegd een aspirant-verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren:
 - ingeval een hoofdverzekering of aanvullende verzekering wegens wanbetaling door verzekeraar is beëindigd;
 - als is komen vast te staan dat de verzekeraar in het verleden schade heeft geleden door onrechtmatige gedraging van de aspirant-verzekerde.
- 3 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering (tenzij de verzekeraar toestemming geeft hiervan af te wijken); zij kan alleen door de verzekeringnemer in het kader van de hoofdverzekering worden aangegaan. Eventuele meeverzekerden zijn dan tevens aanvullend verzekerd.
- 4 De aspirant-verzekeringnemer kan geen aanvullende verzekering afsluiten als voorzienbaar is dat de hoofdverzekering, binnen drie maanden na ontvangst van het aanvraagformulier danwel wijzigingsformulier, wordt beëindigd.
- 5 De aanvullende verzekering geldt gedurende een kalenderjaar. Wanneer de inschrijving in de loop van het kalenderjaar plaatsvindt dan heeft de verzekering een looptijd vanaf de dag waarop de inschrijving plaatsvindt tot het einde van het betreffende kalenderjaar. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend met een kalenderjaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze overeenkomst opzegt als bepaald in artikel 8.
- 6 Als de verzekerde is ingeschreven voor een aanvullende verzekering wordt dat vermeld op het polisblad.
- 7 Als de verzekeraar het aanvraagformulier danwel wijzigingsformulier heeft ontvangen, en de verzekeraar de aspirant-verzekeringnemer accepteert, dan schrijft de verzekeraar de verzekerde(n) in per 1 januari volgend op het jaar waarin het inschrijvingsverzoek is ontvangen. Als de verzekeringnemer tegelijkertijd inschrijving vraagt voor zowel de hoofdverzekering als de aanvullende verzekering, wordt de verzekerde ingeschreven op de dag waarop deze op grond van de hoofdverzekering aanspraak kan maken op verstrekkingen. Deze gelijktijdige inschrijving vindt echter niet plaats als de verzekerde met terugwerkende kracht voor de hoofdverzekering wordt ingeschreven. In dat geval gaat de aanvullende verzekering in op de datum van binnenkomst van het aanvraagformulier danwel wijzigingsformulier en de acceptatie door verzekeraar van de verzekeringnemer. De leden 2 en 4 van dit artikel zijn onverminderd van toepassing.

13 Bedenktijd

- 1 De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering binnen 14 dagen na verzending van het polisblad schriftelijk opzeggen. De aanvullende verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat de verzekeraar de eventueel reeds betaalde premie terugstort en de verzekeringnemer is gehouden de eventueel betaalde zorgkosten terug te betalen.
- 2 Door aanvaarding van het polisblad neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan verzekeraar verstrekte mededelingen.

14 Extra tandheelkundige dekking

Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van tandheelkundige zorg extra worden bijverzekerd. De verzekeraar kan bepaalde dekkingscombinaties uitsluiten. Voor bepaalde tandartsverzekeringen geldt medische acceptatie. De extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg is een gezinsverzekering (tenzij de verzekeraar toestemming geeft hiervan af te wijken); zij kan alleen door de verzekeringnemer worden aangegaan. De extra verzekering geldt dan tevens voor alle meeverzekerden.

15 Pakketwijziging

- 1 De verzekeringnemer heeft eenmaal per jaar – en wel telkens per 1 januari – de gelegenheid om van pakket te veranderen:
 - de aanvullende verzekering kan worden omgezet naar één van de andere pakketten van de verzekeraar, waarbij medische acceptatie een voorwaarde is voor inschrijving;
 - de extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg kan worden omgezet naar één van de andere tandartsverzekeringen van de verzekeraar, waarbij geldt dat voor bepaalde tandartsverzekeringen medische acceptatie een voorwaarde is voor inschrijving;
 - de extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg kan worden opgezegd;
 - wijzigingen kunnen worden doorgegeven binnen dertig dagen na ontvangst van de dekkings- en polisvoorwaarden voor het komende jaar.
- 2 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in lid 1 bij het eerste punt is er terzake van de termijnen van zorgaanpak sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen wijziging in het verzekeringspakket heeft plaatsgevonden. De binnen de genoemde termijnen gedane vergoedingen worden echter wel meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in het kader van het nieuw afgesloten verzekeringspakket.

Lijst van verstrekkingen



De kosten worden vergoed op basis van het moment van behandeling door of namens de Pro Life met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen Pro Life en zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt Pro Life genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige dan wel gangbare tarief, tenzij in de lijst van verstrekkingen dan wel in door Pro Life vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor ziekenhuizen, hulpmiddelen, fysiotherapie en ziekenvervoer. U kunt de reglementen bij de zorgverzekeraar kosteloos opvragen. Ook zijn de reglementen te raadplegen en te downloaden vanaf internet : www.prolife.nl.

1 Huisartsen hulp

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

Zorgverlening: huisarts, huisartsenpost of huisartsenlaboratorium.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: • kosten die de huisarts heeft gemaakt voor keuringen worden niet vergoed;
• verloskundige hulp door de huisarts, zie lijst van verstrekkingen bij artikel 4.b

2 Medisch-specialistische hulp en onderzoek

a Poliklinisch medisch-specialistische hulp door een extra-muraal werkende medisch specialist (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen)

Omschrijving: onderzoek en behandeling door een medisch specialist.

Zorgverlening: extra-muraal werkende medisch specialist.

Vergoeding: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in het Agis Reglement Ziekenhuizen.

Verwijzing: huisarts, tandarts of verloskundige.

Bijzonderheden: in vitro fertilisatie, zie lijst van verstrekkingen artikel 4.a.

b Medisch specialistische hulp door een ziekenhuis of instelling zowel poliklinisch als (dag-)klinisch (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische hulp)

Omschrijving: onderzoek en behandeling door een medisch specialist.

Zorgverlening: medisch specialisten in ziekenhuizen en instellingen.

Vergoeding: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in het Agis Reglement Ziekenhuizen.

Verwijzing: huisarts, tandarts of verloskundige.

Bijzonderheden: in vitro fertilisatie, zie lijst van verstrekkingen artikel 4. a.

c Plastische chirurgische behandelingen

Omschrijving: • bepaalde medisch noodzakelijke behandelingen waarop de verzekerde, in het geval hij ziekenfondsverzekerd zou zijn op basis van de Ziekenfondswet, recht zou hebben;
• onderzoek en behandeling door een medisch specialist.

Zorgverlening: medisch specialisten in door verzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen en instellingen.

Vergoeding: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in het Agis Reglement Ziekenhuizen.

Verwijzing: huisarts of specialist.

Machtiging: ja, vooraf op een gemotiveerde aanvraag van de behandelend specialist.

Uitsluitingen: cosmetische plastische chirurgische behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

d Kaakchirurgische hulp (met uitzondering van parodontale hulp en implantologie)

Omschrijving: onderzoek en behandeling door een kaakchirurgisch specialist, het dbc-tarief.

Zorgverlening: kaakchirurg.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: tandarts of huisarts.

Machtiging: ja, uitsluitend voor extractie onder narcose en osteotomie, voorafgaand aan de behandeling op aanvraag van de kaakchirurg

Bijzonderheden: het plaatsen van implantaten ten behoeve van een overkappingsprothese in een ernstig geslonken tandenloze kaak wordt vergoed conform de voorwaarden van Bijzondere tandheelkunde (zie artikel 9 b).

e Audiologische hulp

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

Zorgverlening: erkend audiologisch centrum.

Vergoeding: volledig.

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

f Chronisch intermitterende beademing

Omschrijving: • behandeling en begeleiding in het kader van mechanische beademing door een daartoe erkend beademingscentrum;
• de door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur bij de verzekerde thuis inclusief de noodzakelijke woningaanpassing.

Zorgverlening: erkend centrum voor beademing.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: specialist van het beademingscentrum.

g Erfelijkheidsonderzoek en advisering

1 prenataal diagnostiek

Omschrijving: prenatale diagnostiek (chorionbiopsie of vruchtwaterpunctie) op medische indicatie.

Zorgverlening: erkend Klinisch Genetisch Centrum (KGC).

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: verloskundige, huisarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden: kosten van het onderzoek komen ten laste van de ziektekostenverzekering van de moeder.

2 postnatale diagnostiek

Omschrijving: postnatale diagnostiek (erfelijke afwijkingen/ziekte al dan niet in het kader van een stamboomonderzoek) op medische indicatie.

Zorgverlening: erkend Klinisch Genetisch Centrum (KGC).

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: huisarts, kinderarts of behandelend specialist.

Uitsluitingen: chromosoom of DNA onderzoek voor bepaling van het vaderschap.

Bijzonderheden: • onderzoek van een doodgeboren kind op het bestaan van erfelijke afwijkingen komt ten laste van de ziektekostenverzekering van de moeder;
• onderzoek van familieleden komt ten laste van de eigen ziektekostenverzekering van die familieleden.

h Hulp bij trombose

Omschrijving: • begeleiding van de antistollingstherapie (bloedafname en therapieadviezen);
• apparatuur voor zelfcontrole, inclusief opleiding en begeleiding.

Zorgverlening: trombosedienst.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: specialist of huisarts.

3 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

a Opname

- Omschrijving: • verpleging, voor zover noodzakelijk in het kader van medisch specialistisch onderzoek en of behandeling ten laste van de ziektekostenverzekering;
• het dbc-tarief.

Zorgverlening: medisch specialisten in ziekenhuizen en instellingen.

Vergoeding: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in het Agis Reglement Ziekenhuizen.

Machtiging: ja, vooraf

- 1 bij verblijf langer dan 21 dagen machtiging van het verdere verblijf;
- 2 bij opnames voor plastisch chirurgische behandelingen en/of kaakchirurgische hulp.

- Bijzonderheden: • volledige vergoeding voor:
• verblijf bij de in het kraambed opgenomen moeder van een gezonde zuigeling gedurende maximaal tien dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling;
• verblijf bij de opgenomen moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan drie maanden wegens borstvoeding, zolang Pro Life voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd.
• een eventueel eigen risico zal bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar slechts eenmaal worden ingehouden. Het eigen risico wordt in dat geval slechts berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam.

b Dagverpleging

- Omschrijving: • medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis of instelling korter dan 24 uur, verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek ten laste van de ziektekostenverzekering;
• het dbc-tarief.

Zorgverlening: medisch specialisten in ziekenhuis of instellingen.

Vergoeding: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in het Agis Reglement Ziekenhuizen.

Machtiging: nee, behoudens voor dagverpleging in verband met kaakchirurgie en plastische chirurgie.

c Nierdialyse

- Omschrijving: nierfunctieervangende behandeling in het dialysecentrum of de thuissituatie, inclusief woningaanpassing (eventueel met Verpleegkundige Dialyse Assistentie).

Zorgverlening: ziekenhuis of dialysecentrum.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, vooraf uitsluitend voor thuisdialyse en woningaanpassingen.

- Bijzonderheden: • thuisdialyse in de vorm van CAPD (continue ambulante peritoneaal dialyse), CCPD (continue cyclische peritoneaal dialyse) of haemodialyse;
• bij thuisdialyse vindt ook een vergoeding plaats van niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die hiervoor door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

d Orgaantransplantatie

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

Zorgverlening: ziekenhuis.

Vergoeding: volledig, inclusief reiskosten donor.

Machtiging: ja, uitsluitend bij transplantatie vanuit een levende donor. Voorafgaand aan de behandeling.

4 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a In vitro fertilisatie

- Omschrijving: voor vrouwelijke verzekerden het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's volgens de in vitro fertilisatie methode (IVF), inhoudende de fasen:
- a het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
 - b het afnemen van eicellen;
 - c de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
 - d de implantatie van een of meer in de fase, bedoeld onder c ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Zorgverlening: door een Nederlands IVF-centrum met een WBMV-vergunning voor IVF.

Vergoeding: per te realiseren zwangerschap worden de tweede en derde IVF-poging vergoed tegen maximaal de CTG tarieven voor IVF behandeling.

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

- Bijzonderheden: vergoeding van een IVF-poging kan slechts plaatsvinden indien:
- onder bepaalde voorwaarden (op te vragen bij Pro Life) en
 - een verzekerde één kalenderjaar of langer bij Pro Life is verzekerd (ziekenfonds of particulier) en
 - voor de behandeling een medische indicatie geldt, wat wil zeggen mannelijke en/of vrouwelijke infertiliteit en
 - andere fertiliteitsmethoden niet tot zwangerschap hebben geleid en
 - het niet een experimentele behandeling (indicatie of techniek) betreft.
- Onder te realiseren zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van tien weken na de punctie.

b Verloskundige hulp

Omschrijving: zorg aan zwangeren voor, tijdens en na de bevalling (pré natale, natale en postnatale hulp).

Zorgverlening: verloskundige, huisarts of gynaecoloog werkzaam in een ziekenhuis.

TIP

**Aanmelden bij Pro Life Topkraamzorg uiterlijk vijf maanden vóór de bevalling.
Telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: uitsluitend voor behandeling door de gynaecoloog door verloskundige of huisarts.

- Bijzonderheden:
- vergoeding vindt plaats op basis van de door het CTG vastgestelde tarieven voor verloskundige hulp;
 - onderzoeken zoals echo's en bloedonderzoeken worden uitsluitend vergoed als hiervoor een medische indicatie is.

c (Poli)klinische bevalling en kraambed (medisch noodzakelijk)

- Omschrijving:
- bevalling om medische redenen in een ziekenhuis inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel poliklinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch (maximaal acht dagen in het ziekenhuis);
 - het dbc-tarief.

Zorgverlening: door verzekeraar gecontracteerd ziekenhuis.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling verstreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 4.e.

d (Poli)klinische bevalling en kraambed niet – medisch noodzakelijk

- Omschrijving: bevalling op verzoek van de verzekerde in het ziekenhuis(zonder medisch noodzaak) inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel poliklinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch (maximaal acht dagen in het ziekenhuis of kraaminrichting), het dbc-tarief.

Zorgverlening: door verzekeraar gecontracteerd ziekenhuis of kraaminrichting.

- Vergoeding:
- bij een poliklinische bevalling is sprake van een eigen bijdrage van € 263,-;
 - bij verzorging en verpleging zonder medische noodzaak wordt het door de overheid vastgestelde dagtarief vergoed tot maximaal acht dagen.

- Bijzonderheden:
- indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling verstreken is bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 4.e.

e Kraamzorg

- Omschrijving: kraamzorg; dit betreft medische zorg van moeder en kind. Deze kan in natura wordt verstrekt of er kan een geldelijke vergoeding worden verleend voor het zelf regelen van de zorg.

Zorgverlening: kraamzorg in natura – middels Pro Life Topkraamzorg.

- Vergoeding:
- kraamzorg in natura: vergoeding van de inschrijving, intake, bevallings-assistentie en het aantal uren kraamzorg. Per kraamzorguur is een eigen bijdrage van € 3,50 verschuldigd;

- uitkering: voor de kosten van kraamzorg wordt een tegemoetkoming verleend van € 136,- per dag tot maximaal € 1.088,- per kraamperiode.

- Bijzonderheden:*
- kraamzorg in natura wordt alleen vergoed indien geleverd door verzekeraar gecontracteerde kraambureau's. Per dag wordt minimaal drie uur kraamzorg geleverd over maximaal tien dagen. Na voorafgaande toestemming, kan indien er een medische indicatie voor is, dit aantal dagen hoger zijn;
 - kraamzorg in natura dient vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij Pro Life Topkraamzorg te worden aangemeld (telefoonnummer Pro Life Topkraamzorg: zie de achterzijde);
 - voor iedere opnamedag in het ziekenhuis, instelling of kraaminrichting wordt de genoemde vergoeding van € 136,- per dag of acht uur kraamzorg in mindering gebracht;
 - indien een geldelijke uitkering is verstrekt en er alsnog samenloop ontstaat met hulp genoemd onder c en d houdt Pro Life zich het recht voor de uitkering (deels) terug te vorderen.

5 Farmaceutische hulp

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

Zorgverlening: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

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

Voorschrift: arts, tandarts, tandartspecialist of verloskundige.

Machtiging: ja, uitsluitend voor dieetpreparaten en een aantal geneesmiddelen overeenkomstig de Uniforme Regeling Farmaceutische Hulp, voorafgaand aan de levering.

Uitsluitingen:

- de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:
- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder;
- andere dan bij de omschrijving genoemde zelfzorggeneesmiddelen (middelen die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn);
- middelen die vallen onder het Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland (tenzij in deze polisvoorwaarden uitdrukkelijk anders is bepaald);
- ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van

Pro Life noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel;

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening niet mogen worden afgeleverd.

- Bijzonderheden:*
- de polis kan inhouden dat de verzekeringnemer, in afwijking van de vergoedingsomschrijving, slechts aanspraak heeft op vergoeding van de door Pro Life aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - de aanwijzing geschiedt zodanig dat de werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen, aangewezen ingevolge artikel 9, eerste lid, aanhef en onder a, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, voor de verzekeringnemer beschikbaar zijn;
 - een beperking van de aanspraak als bedoeld in het eerste lid is niet van toepassing voor zover behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor de verzekeringnemer medisch niet verantwoord is;
 - op de vergoeding voor medicijnen is een eventueel eigen risico niet van toepassing;
 - het Geneesmiddelenvergoedingen Systeem (GVS) is door de Overheid vastgesteld en houdt in dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Uniforme Regeling Farmaceutische Hulp of Pro Life anders bepaalt;
 - per verwijzing worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:
 - 15 dagen: een voor de verzekerde nieuwe medicatie;
 - een half jaar: orale anticonceptiva;
 - drie maanden: geneesmiddelen voor chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van slaapmiddelen, angstremmende of eetlustremmende geneesmiddelen;
 - 15 dagen: geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
 - een maand: overige gevallen;
 - dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, resorptiestoornis, voedselallergie, stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden (COPD), cystic fibrose (CF), ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen.

6 Hulpmiddelen

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

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

Vergoeding: tot de maximale bedragen in regeling hulpmiddelen c.q. het Reglement Hulpmiddelen, na aftrek van een eventuele eigen bijdrage.

Verwijzing: behandelend arts en waar vereist behandelend specialist.

Machtiging: ja, conform de voorwaarden in het Reglement Hulpmiddelen.

- Bijzonderheden:
- de regeling hulpmiddelen omvat tevens de verstrekking van een volledig uitneembare gebitsprothese;
 - de te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Pro Life;
 - de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling hulpmiddelen c.q. het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

7 Revalidatie

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

Zorgverlening: een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verbonden aan een gecontracteerde instelling.

Vergoeding: volledig.

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

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

8 Ziekenvervoer

a Helikoptervervoer zieke pasgeborenen en ambulancevervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van zieken en ongevals slachtoffers en hun begeleiders met ambulanceauto of helikopter.

Zorgverlening: erkend ambulancevervoerder of Stichting Nationaal Helikoptervervoer.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: 1 helikoptervervoer op verwijzing van het centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg;
2 ambulancevervoer via Centrale Post Ambulance vervoer.

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

b Overig ziekenvervoer

Omschrijving: vervoer per openbaar vervoer, personenauto, taxi of rolstoelbus waarop de verzekerde, in het geval hij ziekenfondsverzekerde zou zijn op basis van de Ziekenfondswet, recht zou hebben.

Vergoeding: conform het Reglement Zittend Ziekenvervoer.

Machtiging: conform het Reglement Zittend Ziekenvervoer.

9 Tandheelkundige hulp

a Tandheerkunde voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: tandheerkundige hulp waar de verzekerde, ingeval hij ziekenfondsverzekerd zou zijn op basis van de Regeling tandheerkundige hulp ziekenfondsverzekering, recht zou hebben.

Zorgverlening: tandarts of instelling voor jeugdtandverzorging.

Vergoeding: volledig.

Uitsluitingen:

- kroon en brugwerk inclusief eventueel voorafgaande implantologie;
- orthodontie;
- vergoeding van een keuringsrapport, gezondheidsverklaring, een niet nagekomen afspraak.

Bijzonderheden:

- de Regeling tandheerkundige hulp ziekenfondsverzekering maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar;
- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens Pro Life met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Pro Life de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WTG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT).

b Bijzondere tandheerkundige hulp voor verzekerden jonger en ouder dan 18 jaar

Omschrijving:

- bijzondere tandheerkundige hulp waar de verzekerde ingeval hij ziekenfondsverzekerd zou zijn op basis van de Regeling tandheerkundige hulp ziekenfondsverzekering, recht zou hebben. De regeling omvat onder meer: implantologie t.b.v. volledige uitneembare gebitsprothese (in een ernstig geslonken tandenloze kaak);
- orthodontie in bijzondere gevallen;
- tandheerkunde voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap.

Zorgverlening: centrum voor jeugdtandverzorging, centrum voor bijzondere tandheerkunde, kaakchirurg, orthodontist en/of tandarts.

Vergoeding: volledig. Bij een overkappingsprothese op implantaten is een bijdrage verschuldigd van € 90,- per kaak.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden:

- de Regeling tandheerkundige hulp ziekenfondsverzekering maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar;
- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens Pro Life met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Pro Life de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WTG vastgesteld rechtsgeldige tarief (UPT).

10 Paramedische hulp

a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar.

Zorgverlening: fysiotherapeut.

Vergoeding: niet-chronisch: twintig behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.
chronisch: alle medisch noodzakelijke behandelingen.

Maximale vergoedingen per behandeling:

- fysiotherapie: € 24,10;
- fysiotherapie aan huis: € 36,10;
- fysiotherapie in inrichting: € 30,10;
- manuele therapie, kinderfysiotherapie en oedeemtherapie: € 36,10;
- eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie: € 48,20.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja; indien chronisch, voorafgaand aan de behandeling op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts.

Bijzonderheden:

- bepaling chronische aandoening conform lijst Borst (VWS);
- binnen het toegestane aantal behandelingen wordt per kalenderjaar maximaal één consult, zes behandelingen manuele therapie en eenmaal een door Pro Life goedgekeurd groepsprotocol vergoed;
- onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode en de indicatiecode te vermelden.

b Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Vergoeding: niet-chronisch: maximaal twintig behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.
chronisch: alle medisch noodzakelijke behandelingen.

Verwijzing: huisarts of specialist.

Machtiging: ja; indien chronisch, voorafgaand aan de behandeling op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts.

Bijzonderheden:

- bepaling chronische aandoening conform lijst Borst (VWS);
- onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode en de indicatiecode te vermelden.

c Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronisch)

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie voor chronisch zieken vanaf 18 jaar.

Zorgverlening: fysiotherapeut.

Vergoeding: chronisch: alle medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10^e behandeling.

Maximale vergoedingen per behandeling:

- fysiotherapie: € 24,10;
- fysiotherapie aan huis: € 36,10;
- fysiotherapie in inrichting: € 30,10;
- manuele therapie, kinderysiotherapie en oedeemtherapie: € 36,10;
- eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie: € 48,20.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts.

- Bijzonderheden:
- bepaling chronische aandoening conform lijst Borst (VWS);
 - binnen het toegestane aantal behandelingen wordt per kalenderjaar maximaal één consult, zes behandelingen manuele therapie en eenmaal een door Pro Life goedgekeurd groepsprotocol vergoed;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode en de indicatiecode te vermelden.

d Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronisch)

Omschrijving: oefentherapie Cesar/Mensendieck voor chronisch zieken vanaf 18 jaar.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Vergoeding: volledig, vanaf de 10^e behandeling.

Verwijzing: huisarts of specialist.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts.

- Bijzonderheden:
- bepaling chronische aandoening conform lijst Borst (VWS);
 - onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.
 - op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode en de indicatiecode te vermelden.

e Logopedie

Omschrijving: onderzoek en behandeling van stoornissen van het gehoor, stem en spraak of taal ter verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen.

Zorgverlening: logopedist.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Uitsluiting: onderzoek en behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

f Ergotherapie

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

Zorgverlening: ergotherapeut.

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

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

g Diëtistische voedingsadviezen

Omschrijving: voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten.

Zorgverlening: diëtist.

Vergoeding: maximaal vier behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

11 Buitenlanddekking

Europadekking (niet spoedeisend)

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

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

Machtiging: ja, vooraf bij verblijf in een intramurale instelling.

Bijzonderheden:

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

TIP

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

12 Facultatieve Klasseverzekering (alleen indien meeverzekerd)

Omschrijving: tweede klasse verpleging, voor zover noodzakelijk en beschikbaar in het kader van medisch specialistisch onderzoek en/of behandeling ten laste van de ziektekostenverzekering.

Zorgverlening: ziekenhuis of instelling.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden:
- bij verpleging op basis van derde klasse en als conform polis recht bestaat op een tweede klasse verpleging, vindt er een uitkering plaats van € 45,- per dag (daggelduitkering) tot maximaal tien dagen via een aparte declaratie door de verzekerde;
 - de daggelduitkering geldt niet voor opname in het buitenland.

13 AWBZ

Rechten en verplichtingen

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

Zorgaanspraken AWBZ

- 1 Een verzekerde heeft recht op verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling, verblijf, en preventieve zorg, waarvan aard, inhoud en omvang geregeld zijn in de AWBZ (artikel 6 lid 1), bijbehorende uitvoeringsregelingen en dit reglement. In bepaalde gevallen ontvangt u daarvoor in de plaats een financiële vergoeding. U heeft alleen aanspraak op zorg als u uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening daarop redelijkerwijs bent aangewezen. Voorts moet u beschikken over een geldige indicatiestelling voor de noodzakelijke AWBZ-zorg.
- 2 Tot de zorg die in de AWBZ geregeld is behoren:
 - a huishoudelijke verzorging;
 - b persoonlijke verzorging;
 - c verpleging;
 - d ondersteunende begeleiding;
 - e activerende begeleiding;
 - f behandeling;
 - g verblijf;
 - h het gebruik van een verpleegartikel gedurende een termijn van ten hoogste 26 weken;
 - i opname en verblijf in een ziekenhuis vanaf de 366^e dag;
 - j revalidatiezorg in een instelling voor revalidatie vanaf de 366^e dag;
 - k zorg bestaande uit georganiseerde preventie:
 - prenatale zorg, met uitzondering van kraamzorg;
 - onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten;
 - vaccinaties.
- 3 Voor het verkrijgen van een zorgaanspraak kunt u een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Deze bijdrage kan afhankelijk zijn van uw (gezins)inkomen.

Hebt u vragen?

U kunt Pro Life op vele manieren bereiken.

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.
bel **033 422 81 88**

Schriftelijk

Pro Life Zorgverzekeringen
Postbus 1090
3800 BB Amersfoort

Via internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kunt u zelf vinden
op onze site: **www.prolife.nl**



Belangrijke telefoonnummers

Pro Life Klantenservice	033 422 81 88
Pro Life Zorgservice (wachtljstbemiddeling)	033 422 81 89
Pro Life Topkraamzorg	033 422 81 88
Agis Alarmcentrale	020 342 12 12
Reisdokter	020 342 12 10