

VERZEKERINGSVOORWAARDEN VAN DE

- * **Instapverzekering:** artikel 1 t/m 9, 10 t/m 33 en 68;
- * **Studenten-Instapverzekering:** artikel 1 t/m 9, 10 t/m 33 en 68;
- * **Aanvullende ziektekostenverzekeringen:**
 - **pakket 1 Jongeren Xtra Verzekering:** artikel 1 t/m 9, 35 t/m 38, 40, 42, 54, 59, 61, 64, 66 en 68;
 - **pakket 2 Bepaalde Aanvullende Verzekering:** artikel 1 t/m 9, 34, 36 t/m 47, 49 t/m 52, 54, 55, 57, 58, 60 en 68;
 - **pakket 3 Uitgebreide Aanvullende Verzekering:** artikel 1 t/m 9, 34 t/m 59, 61 en 68;
 - **pakket 4 Plusverzekering:** artikel 1 t/m 9, 34 t/m 58, 60, 62, 63, 65, 66 en 68;
 - **pakket 5 Plusverzekering met Luxe Tandheerkunde:** artikel 1 t/m 9, 34 t/m 58, 60 t/m 63, 65, 66 en 68;
 - **pakket 6 Plus Integraalverzekering:** artikel 1 t/m 9, 34 t/m 59, 61 t/m 63, 65, 66 en 68;
 - **pakket 7 Plus Integraalverzekering met Luxe Tandheerkunde:** artikel 1 t/m 9, 34 t/m 63, 65, 66 en 68;
 - **pakket 8 Optimaalverzekering:** artikel 1 t/m 9, 34 t/m 58, 60, 62, 63, en 65 t/m 68;
 - **pakket 9 Optimaalverzekering met Luxe Tandheerkunde:** artikel 1 t/m 9, 34 t/m 58, 60 t/m 63 en 65 t/m 68;
 - **pakket 10 Optimaalverzekering met Tand-Risk:** artikel 1 t/m 9, 34 t/m 59 en 61 t/m 63 en 65 t/m 68;
 - **pakket 11 Optimaalverzekering met Tand-Risk en Luxe Tandheerkunde:** artikel 1 t/m 9, 34 t/m 63 en 65 t/m 68;
 - **pakket 12 Daggeldverzekering:** artikel 1 t/m 9 en 69;
 - **pakket 13 Suppletieverzekering:** artikel 1 t/m 9 en 70,

geldend vanaf 1 januari 2002.

Toelichting:

Zorgverzekeraar VGZ heeft een aantal samenhangende verzekeringspakketten voor zowel particulier verzekerden als ziekenfondsverzekerden. Dit komt tot uitdrukking in deze verzekeringsvoorwaarden.

De voorwaarden hebben betrekking op de Instapverzekering (voor particulier verzekerden) en op de verschillende aanvullende ziektekostenverzekeringen (voor zowel particulier verzekerden als ziekenfondsverzekerden). Al deze verzekeringen worden opgesomd in artikel 2 "Algemene bepalingen" onder lid 2.

De opbouw van de verzekeringsvoorwaarden is als volgt.

Het algemene gedeelte bestaat uit de artikelen 1 tot en met 9. Dit gedeelte geldt in beginsel voor alle verzekeringen. Sommige bepalingen in dit algemene gedeelte regelen iets voor een of meer met name genoemde verzekeringen. Dit blijkt dan uit de tekst van de bepaling zelf. De artikelen 10 tot en met 70 bevatten de vergoedingsregelingen van de verschillende verzekeringen.

De opsomming in het tweede lid van artikel 2 "Algemene bepalingen" geeft aan, welke artikelen bij welke verzekeringen horen; aan de hand daarvan kunt u nagaan welke artikelen voor u van belang zijn.

In sommige van die artikelen wordt, voor wat betreft de hoogte van de vergoeding of de voorwaarden die gelden, onderscheid gemaakt tussen verschillende verzekeringspakketten.

Om uw rechten te kunnen bepalen moet u dan letten op het verzekeringspakket dat voor u van toepassing is.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Artikel 1 Begripsbepalingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 1.1. **VGZ:** de onderlinge waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar VGZ ua, gevestigd te Nijmegen.
- 1.2. **Ziekenfonds VGZ:** de Stichting Ziekenfonds VGZ, gevestigd te Nijmegen.
2. **Basisziektekostenverzekering:**
 - 2.1. **Ziekenfondsverzekering:** de verzekering ingevolge de Ziekenfondswet.
 - 2.2. **Instapverzekering:** de zogenoemde particuliere basisverzekering van VGZ.
 - 2.3. **Studenten-Instapverzekering:** de zogenoemde particuliere basisverzekering van VGZ bestemd voor studenten.
 - 2.4. **Standaard(pakket)polis:** de verzekeringsovereenkomst als bedoeld in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ), waaronder begrepen de Studentenstandaardpakketpolis.
3. **Aanvullende ziektekostenverzekeringen:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen, die gesloten (kunnen) worden als aanvulling op een basisziektekostenverzekering en alsdan deel uitmaken van de verzekeringsovereenkomst.
4. **AWBZ:** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
 - 5.1. **Verzekeringsovereenkomst:** de met VGZ gesloten verzekeringsovereenkomst.
 - 5.2. **Verzekeringnemer:** de persoon die met VGZ de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
 - 5.3. **Verzekerde:** diegene die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door VGZ, is vermeld.
- 6.1. **Gezin:**
 - 6.1.1. twee gehuwden, al dan niet met ongehuwde kinderen;
 - 6.1.2. twee ongehuwden, dan wel twee geregistreerde partners die aangetoond duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren, al dan niet met ongehuwde kinderen;
 - 6.1.3. een alleenstaande met een of meer ongehuwde kinderen.
- 6.2. **Kinderen:**
 - 6.2.1. ongehuwde eigen dan wel adoptiefkinderen tot 18 jaar;
 - 6.2.2. ongehuwde studerende dan wel gehandicapte eigen of adoptief kinderen van 18 tot 30 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000, een uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming studiekosten of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen als bedoeld in de artikelen 2, 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 2001.
7. **Acupuncturist:** een in Nederland gevestigde acupuncturist, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), het Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGvA), de Nederlandse Artsen Acupunctuur Stichting (NAAS) of die opgenomen is in het (praktijk)register van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV).
8. **Apotheker:** een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
9. **Arts:** een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
10. **Audiologisch centrum:** een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling.
11. **Bijkomende kosten:** de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling in een ziekenhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden polikliniek en die op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg in rekening gebracht mogen worden (zoals kosten voor röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer).
12. **Centrum voor erfelijkheidsadvies:** een in Nederland gelegen c.q. gevestigde instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
13. **Centrum voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:** een in Nederland gelegen c.q. gevestigd universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
14. **Chiropractor:** een in Nederland gevestigde chiropractor (D.C.).
15. **Eerstelijnspsycholoog:** een in Nederland gevestigde eerstelijnspsycholoog, die is ingeschreven in het register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
16. **Ergotherapeut:** een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
17. **Fysiotherapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voor-

waarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

18. **Homeopaat:** een in Nederland gevestigde homeopaat, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH) of die opgenomen is in het (praktijk)register van de Vereniging van Homeopathisch Artsen Nederland (VHAN).
19. **Huisarts:** een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
20. **Kaakchirurg:** een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
21. **Kinderfysiotherapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
22. **Kraamcentrum:** een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling waarmee VGZ een overeenkomst heeft gesloten.
23. **Kraaminrichting:** een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling.
24. **Kraamverzorgende:** een in Nederland gevestigde als zodanig bij de bevoegde instantie geregistreerde beroepsbeoefenaar.
25. **Logopedist:** een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen­therapeut, orthoptist en podotherapeut.
26. **Manueel therapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
27. **Medisch specialist:** een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
28. **Oedeemtherapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
29. **Oefen­therapeut Cesar, oefen­therapeut Mensendieck:** een in Nederland gevestigde oefen­therapeut Cesar, oefen­therapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen­therapeut, orthoptist en podotherapeut.
30. **Orthodontist:** een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire

orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

31. **Osteopaat:** een in Nederland gevestigde osteopaat (D.O.).
32. **Podotherapeut:** een in Nederland gevestigde podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen­therapeut, orthoptist en podotherapeut.
33. **Psychotherapeut:** een in Nederland gevestigde psychotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
34. **Sportmedische instelling:** een in Nederland gelegen c.q. gevestigde instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
35. **Tandarts:** een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
36. **Tandprotheticus:** een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
37. **Verloskundige:** een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
38. **Verpleegkundige:** een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
39. **Zelfstandig behandelcentrum:** een in Nederland gelegen centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.
40. **Ziekenhuis:** een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Artikel 2 Algemene bepalingen

1. De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan VGZ zijn verstrekt. VGZ heeft het recht de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst in te roepen, indien de hiervoor bedoelde gegevens onjuist, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn, of indien omstandigheden verzwegen worden welke van dien aard zijn, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, wanneer VGZ van die omstandigheden kennis had gekregen.
2. De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan de verzekeringnemer bevestigde verzekeringen.

Deze van de verzekeringsovereenkomst deel uitmakende verzekeringsvoorwaarden zijn als volgt, met de daarbij aangegeven artikelen, van toepassing op de onderscheiden verzekeringen:

- * **Instapverzekering:** artikel 10 t/m 33 en 68;
- * **Studenten-Instapverzekering:** artikel 10 t/m 33 en 68;
- * **Aanvullende ziektekostenverzekeringen:**
- **pakket 1 Jongeren Xtra Verzekering:** artikel 35 t/m 38, 40, 42, 54, 59, 61, 64, 66 en 68;
- **pakket 2 Beperkte Aanvullende Verzekering:** artikel 34, 36 t/m 47, 49 t/m 52, 54, 55, 57, 58, 60 en 68;
- **pakket 3 Uitgebreide Aanvullende Verzekering:** artikel 34 t/m 59, 61 en 68;
- **pakket 4 Plusverzekering:** artikel 34 t/m 58, 60, 62, 63, 65, 66 en 68;
- **pakket 5 Plusverzekering met Luxe Tandheelkunde:** artikel 34 t/m 58, 60 t/m 63, 65, 66 en 68;
- **pakket 6 Plus Integraalverzekering:** artikel 34 t/m 59, 61 t/m 63, 65, 66 en 68;
- **pakket 7 Plus Integraalverzekering met Luxe Tandheelkunde:** artikel 34 t/m 63, 65, 66 en 68;
- **pakket 8 Optimaalverzekering:** artikel 34 t/m 58, 60, 62, 63 en 65 t/m 68;
- **pakket 9 Optimaalverzekering met Luxe Tandheelkunde:** artikel 34 t/m 58, 60 t/m 63 en 65 t/m 68;
- **pakket 10 Optimaalverzekering met Tand-Risk:** artikel 34 t/m 59, 61 t/m 63 en 65 t/m 68;
- **pakket 11 Optimaalverzekering met Tand-Risk en Luxe Tandheelkunde:** artikel 34 t/m 63 en 65 t/m 68;
- **pakket 12 Daggeldverzekering:** artikel 69;
- **pakket 13 Suppletieverzekering:** artikel 70.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn de artikelen 1 tot en met 9 op alle verzekeringen van toepassing.

3. Recht op enige vergoeding op grond van de verzekering bestaat eerst dan, indien de verzekerde op de betrokken vorm van zorg naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, rekening houdend met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid.
4. Vergoeding, voorzover tariefgebonden, vindt uitsluitend plaats op basis van rechtsgeldige tarieven of - indien de wet niet van toepassing is op een tarief - op basis van het door VGZ met de betrokken beroepsbeoefenaar of instelling overeengekomen tarief. Indien een tarief geldt dat lager is dan het wettelijk maximum, dan is voor de vergoeding bepalend het door of namens VGZ overeengekomen tarief. Indien VGZ meer vergoedt dan waartoe zij gehouden is, is VGZ gerechtigd tot terugvordering op eigen naam van het door de verzekerde aan de beroepsbeoefenaar of instelling teveel betaalde. Door het sluiten van de verzekeringsovereenkomst verleent verzekeringnemer hiertoe volmacht aan VGZ.
5. Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking kosten van zorg, verleend door in Nederland gevestigde beroepsbeoefenaren en instellingen met uitzondering van het bepaalde in de artikelen 11, 14, 68 en 70.2.

6. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien en zolang aan de verzekeringsovereenkomst rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgverlener opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.
7. VGZ heeft het recht om kosten, op vergoeding waarvan de verzekeringnemer jegens VGZ aanspraak kan maken op grond van de basisziektekostenverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering, rechtstreeks te betalen aan de beroepsbeoefenaar of instelling, die de zorg heeft verleend. Met zodanige betaling vervalt de aanspraak van de verzekeringnemer op vergoeding.
8. Indien VGZ rechtstreeks aan beroepsbeoefenaren of instellingen kosten betaalt, die vallen onder het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico dan wel anderszins voor rekening van de verzekeringnemer komen op grond van de basisziektekostenverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering, is de verzekeringnemer die kosten verschuldigd aan VGZ.
9. Op de in lid 8 bedoelde vordering van VGZ op de verzekeringnemer zijn de leden 5 tot en met 7 van artikel 4 op overeenkomstige wijze van toepassing.
10. Indien de aanvullende ziektekostenverzekering een latere ingangsdatum kent dan de basisziektekostenverzekering dan worden de kosten die gemaakt worden gedurende een periode van zes maanden na ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering niet vergoed. Indien de verzekeringnemer met een aanvullende ziektekostenverzekering deze aansluitend wijzigt in een aanvullende ziektekostenverzekering met een uitgebreidere vergoeding dan worden de kosten waarvoor een uitgebreidere vergoeding geldt, gedurende een periode van zes maanden na ingangsdatum van de gewijzigde aanvullende ziektekostenverzekering niet vergoed.
11. De in het vorige lid genoemde wachttijden zijn niet van toepassing op de Jongeren Xtra Verzekering (pakket 1).
12. Op de verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Kinderen

1. De verzekeringnemer kan voor zijn kinderen ongeacht de gezondheidstoestand een verzekering aangaan, mits aanmelding daarvoor heeft plaatsgevonden binnen een maand na de geboorte.
2. De verzekeringnemer kan voor zijn adoptiekinderen met ingang van de datum van de feitelijke opnemering van het kind in het gezin in Nederland een verzekering aangaan, met dien verstande dat afhankelijk van acceptatie door VGZ op grond van de gezondheidstoestand van het kind een (Studenten-)Instapverzekering of een verzekeringsovereenkomst op basis van de Standaardpakketpolis kan worden gesloten.

Artikel 4 Premie

1. De premies voor de onderscheiden verzekeringen worden door VGZ vastgesteld.
2. Voor bepaalde groepen van verzekerden en voor bepaalde verzekeringen gelden (leeftijdsafhankelijke) kortingen of toeslagen op de premies. Bereikt de verzekerde een leeftijd die een wijziging van de korting of het intreden van een toeslag met zich meebrengt, dan gaat de nieuwe premie in op de eerste dag van de daaropvolgende maand.
3. De premie is door de verzekeringnemer bij vooruitbetaling verschuldigd in maandelijkse termijnen. Indien VGZ de premie niet of niet tijdig incasseert, is de verzekeringnemer niet-temin gehouden tot tijdige premiebetaling.
4. VGZ en de verzekeringnemer kunnen nader overeenkomen, onder daarbij te bepalen condities, dat de premie ineens en vooruit wordt voldaan voor een of meer jaren.
5. Is de premie niet binnen 30 dagen na aanmaning voldaan, dan vervallen de aanspraken op uitkeringen uit hoofde van de verzekering met ingang van de eerste dag van de periode waarover de achterstallige premie is verschuldigd. Verval van aanspraken laat onverlet de verplichting tot (verdere) premiebetaling. De aanspraken gaan weer in vanaf de dag, waarop VGZ de achterstallige premie met inbegrip van de (buiten)gerechtelijke incassokosten heeft ontvangen, doch uitsluitend ten aanzien van kosten die nadien ontstaan zijn en niet voorzienbaar waren.
6. Alle door VGZ te maken kosten van invordering van achterstallige premie komen voor rekening van de verzekeringnemer. Deze kosten, voorzover buiten rechte gemaakt, worden gesteld op 20% van de achterstallige premie.
7. De verzekeringnemer heeft niet het recht de verschuldigde premie te verrekenen met van VGZ te vorderen vergoedingen.
8. Voor de toepassing van de leden 3 tot en met 7 van dit artikel worden de bijdragen, die VGZ op grond van wettelijke verplichtingen aan verzekerden in rekening brengt, als premie beschouwd.

Artikel 5 Overige verplichtingen

1. De verzekeringnemer brengt VGZ schriftelijk op de hoogte van voor de verzekering van belang zijnde wijzigingen, binnen een maand na het ontstaan daarvan.
Wijzigingen als hier bedoeld zijn onder meer:
 - verandering van adres;
 - aangaan van een huwelijk, aangaan van een relatie, geboorte, overlijden;
 - echtscheiding, beëindiging van een relatie;
 - wijziging bank-/gironummer;
 - ontstaan of vervallen van recht op inschrijving in de ziekteverzekering of een andere wettelijke ziektekostenregeling.Indien door verzuim van de verzekeringnemer ten onrechte een premie of een te hoge premie in rekening wordt gebracht, bestaat geen aanspraak op terugbetaling.

2. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
3. De verzekerde verleent alle medewerking bij het verkrijgen van inlichtingen (met name van derden) of bij onderzoeken die nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
4. De verzekerde informeert VGZ omtrent feiten, die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt VGZ in dat verband alle benodigde inlichtingen.
In aansprakelijkheidskwesties treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder schriftelijke akkoordverklaring van VGZ.
De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor VGZ in haar belangen kan worden geschaad.
5. De verzekerde dient originele nota's ter declaratie in bij VGZ binnen een jaar na de dagtekening daarvan. Met behulp van de computer vervaardigde nota's behoren te zijn geparafeerd door de zorgverlener.
Ingediende nota's, waarop uitkering wordt gedaan dan wel waarop eigen risico wordt ingehouden, worden niet geretourneerd aan de verzekerde.
6. Indien de verzekerde zich niet houdt aan de bepalingen van dit artikel en VGZ daardoor in haar belangen wordt geschaad of kan worden geschaad, is VGZ niet gehouden tot uitkering over te gaan.

Artikel 6 Uitsluitingen

Niet vergoed worden de kosten:

1. van onderzoeken of behandelingen die verband houden met ziekten of afwijkingen, welke reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee verzekerde bekend was of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan VGZ. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
2. van onderzoeken of behandelingen, die naar wetenschappelijke opvattingen niet algemeen aanvaard zijn, niet gebruikelijk zijn in het kader van de uitoefening van het beroep of van het specialisme, dan wel niet begrepen zijn in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefening;
3. van onderzoeken of behandelingen, die tot doel hebben het beoogde of bereikte resultaat van een eerdere niet medisch geïndiceerde behandeling of ingreep teniet te doen;
4. van schriftelijke verklaringen, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgverleners;
5. die veroorzaakt zijn door eigen grove schuld of opzet;
6. die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd krachtens de basisziektekostenverzekering of de AWBZ, behoudens voorzover in deze voorwaarden anders is bepaald;
7. op vergoeding waarop aanspraak kan worden gemaakt op grond van enige wet, publiekrechtelijke regeling of andere

overeenkomst, indien de verzekering bij VGZ niet zou bestaan. Met aanspraak op kostenvergoeding wordt in dit verband gelijkgesteld het recht op een verstrekking in natura;

8. wegens verstrekkingen waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt krachtens de Ziekenfondswet, indien de verzekeringnemer of de verzekerde in aanmerking komt voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering, ongeacht of betrokkene zich daadwerkelijk aanmeldt voor zodanige inschrijving;
9. die na 1 januari 2002 als gevolg van een wijziging in de ziekenfondsverzekering of de AWBZ dan wel de Standaard(pakket)polis onder de dekking zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden komen te vallen;
10. die zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie;
11. die zijn veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze 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 een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen).
Het bepaalde in de vorige volzin is niet van toepassing voorzover krachtens de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is.

Artikel 7 **Wijziging van premie en voorwaarden**

VGZ heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premies voor de daarin geregelde verzekeringen, hetzij landelijk, hetzij regionaal, en bloc te wijzigen.

Artikel 8 **Duur en beëindiging**

1. De verzekering wordt voor onbepaalde tijd aangegaan en in stand gehouden:
 - gedurende tenminste het jaar waarin de verzekering is ingegaan en het daaropvolgende kalenderjaar, voor wat betreft de Instapverzekering, de Studenten-Instapverzekering, de Daggeldverzekering (pakket 12) en de Suppletieverzekering (pakket 13);
 - gedurende tenminste het jaar waarin de verzekering is ingegaan en de twee daaropvolgende kalenderjaren voor wat betreft de (overige) aanvullende ziektekostenverzekeringen (pakketten 1 tot en met 11).
2. Na afloop van de in lid 1 genoemde periode(n) kan de verzekeringnemer de verzekering(en) schriftelijk en uitsluitend per 1 januari van enig jaar opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van tenminste drie maanden.
3. Het vorige lid is niet van toepassing bij omzetting van een

aanvullende ziektekostenverzekering in een andere aanvullende ziektekostenverzekering, waaraan de verzekerde meer rechten kan ontlenen, bij omzetting van een aanvullende ziektekostenverzekering in de Jongeren Xtra Verzekering (pakket 1), of bij omzetting van de Jongeren Xtra Verzekering in een andere aanvullende ziektekostenverzekering.

4. De (Studenten-)Instapverzekering en (Studenten)Standaardpakketpolis eindigen van rechtswege met ingang van de dag waarop VGZ van de verzekerde mededeling ontvangt van zijn inschrijving in de ziekenfondsverzekering.
5. De verzekering eindigt van rechtswege op het moment, waarop de verzekerde zijn vaste woonplaats kiest in het buitenland, tenzij tevoren anders wordt overeengekomen.
6. De Instapverzekering eindigt van rechtswege op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt, met dien verstande dat aansluitend bij VGZ een verzekering kan worden gesloten op basis van de Standaardpakketpolis.
7. De verzekering van een kind eindigt van rechtswege op de eerste dag van de daaropvolgende maand indien betrokkene niet meer als zodanig is aan te merken volgens de begripsbepaling in deze verzekeringsvoorwaarden. De verzekering kan in dezelfde vorm worden voortgezet op grond van een daar toe te sluiten verzekeringsovereenkomst.
8. De Jongeren Xtra Verzekering (pakket 1) eindigt van rechtswege op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de leeftijd van 27 jaar bereikt, met dien verstande dat aansluitend bij VGZ een andere aanvullende ziektekostenverzekering kan worden gesloten.
9. De aanvullende ziektekostenverzekeringen eindigen van rechtswege tegelijk met het einde van de basisziektekostenverzekering.
10. In afwijking van het bepaalde in lid 1 kan de verzekeringnemer de verzekering door opzegging beëindigen ingeval van verhoging van de premie van de verzekering dan wel ingeval van een zodanige wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, dat de verzekerde minder rechten aan de verzekering kan ontlenen. Opzegging dient in deze gevallen schriftelijk te geschieden binnen 30 dagen na de kennisgeving van de wijziging. De verzekering eindigt met ingang van de datum van de wijziging.
Het recht tot opzegging als bedoeld in dit artikellid geldt niet, indien de wijziging van de premie en/of van de verzekeringsvoorwaarden voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.
11. Onverlet de beëindiging van rechtswege van de verzekering als bedoeld in het vierde en vijfde lid kan VGZ de verzekering niet beëindigen behoudens:
 - ingeval van onjuiste en/of onvolledige opgave zoals bedoeld in artikel 2, lid 1;
 - indien de verzekerde nalatig is in de betaling van de kosten zoals bedoeld in artikel 2, lid 8;
 - indien de verzekerde nalatig is in de betaling van de premie, waaronder begrepen de bijdragen zoals bedoeld in artikel 4, lid 8, binnen 30 dagen na de aanmaning;
 - ingeval van (poging tot) bedrog door de verzekerde.

Artikel 9 Geschillen

1. Alle geschillen, samenhangend met of voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst, worden onderworpen aan het oordeel van de daartoe bevoegde rechter.
2. De verzekerde kan een klacht, nadat deze ter kennis is gebracht van VGZ en VGZ haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Artikel 10 Opname in een ziekenhuis

Omschrijving: opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden.

Vergoeding: volledig op basis van verpleging en behandeling in de verzekerde verpleegklasse, inclusief bijkomende kosten en medisch specialistische of kaakchirurgische zorg.

Verwijzing door: huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. vergoed worden, tot het kind de leeftijd van drie maanden heeft bereikt, de kosten indien sprake is van een gezonde bij VGZ verzekerde zuigeling, die in het ziekenhuis verblijft samen met zijn moeder, die aldaar met medische noodzaak is opgenomen;
- 2.1. indien verzekerd voor verpleegklasse 2/2B en een ziekenhuis kent slechts een verpleegklasse 2 dan worden de kosten ingeval van opname en verpleging in die verpleegklasse volledig vergoed. Als opname plaatsvindt in een ziekenhuis met keuzemogelijkheid tussen meerdere verpleegklassen 2, dan worden de kosten vergoed op basis van de laagste verpleegklasse 2;
- 2.2. ingeval van verpleging in een hogere dan de verzekerde verpleegklasse wordt uitsluitend een vergoeding verleend gebaseerd op de kosten die zouden zijn gemaakt indien verpleging had plaatsgevonden in de verzekerde verpleegklasse;
3. voor vergoeding van de kosten van:
 - orgaantransplantatie, zie artikel 15;
 - fertiliteitsbevorderende behandeling en in vitro fertilisatie (ivf), zie artikel 16;
 - plastische en/of reconstructieve chirurgie, zie artikel 20.

Artikel 11 Opname in het Nederlands Astma Centrum te Davos

Omschrijving: onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos in Zwitserland (NAD).

Vergoeding: volledig.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

toestemming wordt gegeven nadat, na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland, de noodzaak tot opname is vastgesteld.

Artikel 12 Dagverpleging

Omschrijving: een korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis of in een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, noodzakelijk in verband met onderzoek of behandeling door een medisch specialist.

Vergoeding: volledig, inclusief bijkomende kosten en medisch specialistische zorg.

Verwijzing door: behandelend arts.

Artikel 13 Medisch specialistische zorg, poliklinisch

Vergoeding:

1. het honorarium van een medisch specialist of kaakchirurg;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis, in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis of in een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum .

Verwijzing door: huisarts of tandarts.

Machtiging: nee, behalve voor dialyse thuis, chronisch intermitterende beademing en kaakchirurgie.

Bijzonderheden:

1. onder poliklinische medisch specialistische zorg is begrepen:
 - zorg door een trombosedienst;
 - second opinion door een medisch specialist;
2. eveneens worden vergoed de kosten verband houdend met de door een erkend beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde;
3. voor vergoeding van de kosten van:
 - orgaantransplantatie, zie artikel 15;
 - fertiliteitsbevorderende behandeling en in vitro fertilisatie (ivf), zie artikel 16;
 - revalidatie, zie artikel 17;
 - erfelijkheidsonderzoek, zie artikel 18;
 - audiologische zorg, zie artikel 19;
 - plastische en/of reconstructieve chirurgie, zie artikel 20;
 - implantaten, zie artikel 26.

Artikel 14 Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie

Vergoeding: ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven.

Machtiging: ja, vooraf. Hierbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de zorg in Nederland ook voor vergoeding in aanmerking zou komen;

2. voor de vaststelling van de vergoeding van het aantal verpleegdagen wordt uitgegaan van het in Nederland voor de desbetreffende ingreep gebruikelijke aantal;
3. voor vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer, zie artikel 32;
4. onder EU-lidstaat worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Tevens worden hieronder verstaan de EER-landen (Europese Economische Ruimteverdrag): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Artikel 15 Organtransplantatie

Omschrijving: transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, (orthope) lever, nier, nier/pancreas, bot, hart, long en hart/long, alsmede de in verband met deze transplantatie door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) gedeclareerde kosten van weefseltyperingen.

Vergoeding: volledig. Voorts worden de kosten vergoed van verpleging en behandeling van de donor op basis van de verpleegklasse waarvoor deze verzekerd is. Ook heeft de donor recht op vergoeding van de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende organtransplantatie.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden: geen vergoeding wordt verleend in verband met het laten verwijderen van transplantatiemateriaal ten behoeve van een niet bij VGZ verzekerde ontvanger.

Artikel 16 Fertiliteitsbevorderende behandeling en in vitro fertilisatie (ivf)

1. Fertiliteitsbevorderende behandeling

Omschrijving: operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie.

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Verwijzing door: behandelend arts.

2. In vitro fertilisatie (ivf)

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf. Hierbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

Bijzonderheden:

1. onder nader te stellen voorwaarden kan een vergoeding worden verleend in de kosten voor behandeling van in vitro fertilisatie in een vergunninghoudend ziekenhuis indien sprake is van een algemeen geaccepteerde medische indicatie;
2. de vergoeding kan worden verleend voor ten hoogste drie pogingen, waarbij onder een poging wordt verstaan één terugplaatsing van embryo('s) (embryotransfer).

Artikel 17 Revalidatie

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

Door: een aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, vooraf. De aanvraag dient te zijn voorzien van een behandelplan.

Bijzonderheden: voor vergoeding van de kosten van:
- opname in een ziekenhuis, zie artikel 10;
- dagverpleging, zie artikel 12.

Artikel 18 Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Door: centrum voor erfelijkheidsadvies.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: indien noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde, zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij familieleden die bij VGZ zijn verzekerd.

Artikel 19 Audiologische zorg

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

Door: audiologisch centrum.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing door: behandelend arts.

Artikel 20 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis, in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis of in een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Indicatie: uitsluitend indien deze behandeling strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk, welke gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen;
2. verminkingen welke het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslapte bovenoogleden, welke gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld;
4. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en verhemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, uitstaande oorschelpen, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfvaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Machtiging: ja, vooraf. Aanvraag door plastisch chirurg.

Artikel 21 Preventieve onderzoeken

Omschrijving: 1. onderzoek van hart- en bloedvaten;
2. baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje);
3. borstkankeronderzoek.

Door: huisarts of medisch specialist.

Vergoeding: volledig, eenmaal per twee kalenderjaren.

Artikel 22 Huisartsenzorg

Omschrijving: zorg door een huisarts inclusief de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, uitgevoerd en berekend door een aan een ziekenhuis verbonden laboratorium, een conform de bij wet gestelde regels toegelaten huisartsenlaboratorium of een trombosedienst.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

1. zorg door artsen die zich specifiek hebben toegelegd op fle-

bologische zorg en als zodanig zijn ingeschreven in het register van het betreffende specialisme wordt vergoed als ware sprake van en tot ten hoogste het tarief van een consult door een huisarts;

2. niet vergoed worden de kosten voor onderzoek van gezonde zuigelingen en kleuters, al dan niet op een consultatiebureau, keuringen, het afgeven van attesten en dergelijke.

Artikel 23 Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen

1. Farmaceutische zorg

Geleverd door: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige.

Bijzonderheden:

1. vergoeding overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland met inbegrip van het daarin vastgelegde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Indien een geneesmiddel de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, wordt dat geneesmiddel vergoed;
2. de Regeling Farmaceutische Zorg maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;
3. voor vergoeding van de kosten van:
 - alternatieve geneesmiddelen, zie artikel 40;
 - geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland, zie artikel 66.

2. Dieetpreparaten

Geleverd door: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. vergoeding overeenkomstig de Regeling Dieetpreparaten van Zorgverzekeraars Nederland;
2. de Regeling Dieetpreparaten maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

3. Verbandmiddelen

Geleverd door: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige.

Bijzonderheden:

recht op vergoeding bestaat alleen ingeval van een ernstige aandoening waarbij men op een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Artikel 24 Tandheelkundige zorg

1. Tandheelkundige zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Door: tandarts.

Vergoeding: ten hoogste € 227,- per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. vergoeding op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT);
2. indien ten gevolge van een lichamelijke of verstandelijke handicap een langere dan de gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en de kosten niet ten laste van de AWBZ kunnen worden gebracht, wordt - na machtiging vooraf - een vergoeding verleend op basis van het AWBZ uur-tarief;
3. ingeval de volledige plaatprothese wordt geleverd door een tandprotheticus wordt een vergoeding in de gemaakte kosten verleend tot ten hoogste de voor tandartsen algemeen practicus geldende Uniforme Particuliere Tarieven;
4. voor vergoeding van de kosten van orthodontische zorg (gebitsregulatie), zie artikel 25.

2. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Door: een aan een centrum voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen verbonden tandarts of een tandarts met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring.

Indicatie: tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een van de hierna limitatief omschreven lichamelijke aandoeningen dan wel aangeboren of verworven tandheelkundige afwijkingen heeft geleid tot een zeer ernstige functiestoornis van het kauwstelsel:

1. het niet aangelegd zijn van gebitselementen (multiple agnesie) waarbij het aantal ontbrekende elementen minstens tien is. Onder genoemd aantal zijn verstandskiezen niet inbegrepen;
2. een kaakgewrichtafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van een tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.

Hieronder wordt verstaan een ernstige cranio-mandibulaire dysfunctie, uitsluitend indien gebleken is dat uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden en een eerste behandeling geen resultaat heeft gehad. Het functieonderzoek (UPT-code G01) en de hieronder bedoelde eerste behandeling komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Onder eerste behandeling wordt hier verstaan:
- spalktherapie (UPT-codes G62 en G64);
- indirect planmatig inslijpen (UPT-code G65);
- vervaardigen van uitneembare of vastzittende prothetische voorzieningen bij tevoren reeds bestaande onvolkomenheden in dorsale afsteuning of bij diastemen elders in het gebit;

3. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dentoalveolair defect).

Onder dentoalveolair defect wordt hier verstaan een defect waarbij niet alleen tanden en/of kiezen zijn betrokken, maar waarbij tevens een deel van het kaakbot verloren is gegaan. Onder normale prothetische voorzieningen worden niet alleen uitneembare, maar ook vastzittende voorzieningen (zoals bruggen) verstaan;

4. een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis);
5. een uitgebreid defect aan de mond en/of de kaak en/of het aangezicht ten gevolge van een ongeval en/of na voorafgaande chirurgische behandeling (oromaxillofaciaal defect).

Vergoeding: volledig.

Verwijzing door: tandarts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:
 - 1.1. de behandeling een benadering in teamverband vereist en/of van een zodanige moeilijkheidsgraad sprake is dat bijzondere deskundigheid, vaardigheid en ervaring benodigd is;
 - 1.2. VGZ op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, volgens het model dat hiervoor is vastgesteld, tevoren toestemming heeft gegeven bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
2. geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
3. het recht op vergoeding is beperkt tot die tandheelkundige behandelingen welke noodzakelijk worden geacht om de afwijking te compenseren en die betrekking hebben op het gedeelte van het kauwstelsel waar de afwijking zich manifesteert.

Artikel 25 Orthodontische zorg

1. Orthodontische zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Door: orthodontist of tandarts.

Vergoeding: 80% van de kosten.

Indicatie: gebitsregulatie.

2. Orthodontische zorg

Door: orthodontist.

Vergoeding: volledig.

Indicatie: kaakorthopedische afwijkingen als direct gevolg van lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis).

Verwijzing door: huisarts of tandarts.

Artikel 26 Implantaten

Omschrijving: tandheelkundige implantaten, alsmede het inbrengen daarvan in de kaak.

Door: kaakchirurg.

Vergoeding: 1. het honorarium van een kaakchirurg en een anesthesist;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Machtiging: ja, vooraf. De aanvraag dient te zijn voorzien van een behandelplan.

Bijzonderheden:

1. het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:
 - 1.1. de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
 - 1.2. de implantaten dienen als steun voor een (over)kappingsprothese;
2. geen toestemming wordt verleend, indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
3. niet vergoed worden de kosten van de mesostructuur, die door de tandarts op de implantaten wordt vervaardigd.

Artikel 27 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

1. Fysiotherapie

Omschrijving: fysiotherapie en de verbijzonderingen kinderfysiotherapie, manuele therapie en oedeemtherapie.

Door: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oedeemtherapeut.

Vergoeding: ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. indien een verzekerde een indicatie heeft voor (kinder)fysiotherapie of oedeemtherapie in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de Regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland, dan bestaat, na machtiging vooraf, recht op vergoeding van het aantal noodzakelijke behandelingen/zittingen binnen een daartoe vastgestelde periode per indicatie;
2. de Regeling Fysiotherapie maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;
3. indien geïndiceerd door de behandelend arts dan bestaat, na machtiging vooraf, nogmaals recht op vergoeding van ten hoogste 9 behandelingen/zittingen kinderfysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. niet vergoed worden de kosten van o.a. zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Door: oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Vergoeding: ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. indien een verzekerde een indicatie heeft voor oefentherapie Cesar/Mensendieck in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de Regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland, dan bestaat, na machtiging vooraf, recht op vergoeding van het aantal noodzakelijke behandelingen/zittingen binnen een daartoe vastgestelde periode per indicatie;
2. de Regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;
3. indien geïndiceerd door de behandelend arts dan bestaat, na machtiging vooraf, nogmaals recht op vergoeding van ten hoogste 9 behandelingen/zittingen kinderfysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Artikel 28 Logopedie

Door: logopedist.

Vergoeding: volledig.

Indicatie: de behandeling dient een geneeskundig doel te hebben.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

niet vergoed worden de kosten van logopedische behandelingen in verband met dyslexie, taalontwikkelingsstoornissen bijvoorbeeld in verband met dialect of anderstaligheid, behandeling in verband met beroepsuitoefening, spreken in het openbaar, voordrachtskunst en dergelijke.

Artikel 29 Ergotherapie

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

Door: ergotherapeut.

Vergoeding: ten hoogste 10 uur per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 30 Hulpmiddelen

Omschrijving: aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen, opgenomen in de geldende Regeling Hulpmiddelen.

Vergoeding: overeenkomstig de maximumbedragen van de geldende Regeling Hulpmiddelen.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. de te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn;
2. op hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt is het eigen risico (zie artikel 33) niet van toepassing;
3. de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de geldende Regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde;
4. de geldende Regeling Hulpmiddelen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Artikel 31 Verloskundige zorg en kraamzorg

1. Verloskundige zorg

Door: verloskundige, huisarts of medisch specialist.

Vergoeding: volledige vergoeding van verloskundige zorg, alsmede de kosten van gebruik van de verloskamer ingeval de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

2. Kraamzorg en kraamverpleging

- Omschrijving:
1. kraamzorg verleend door een aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, waarbij deze ten huize van de verzekerde zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt;
 2. kraamzorg verleend aan moeder en kind in een kraaminrichting;
 3. kraamverpleging verleend aan moeder en kind in een ziekenhuis.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

1. vergoeding wordt verleend over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Indien bij combinatievormen van zorg dezelfde dag door beide zorginstellingen in rekening wordt gebracht, wordt deze dubbele dag eveneens vergoed overeenkomstig bovengenoemde regeling. Indien de zorg wordt verleend door een kraamcentrum geldt tevens dat de vergoeding wordt verleend tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen;
2. het kraamcentrum wijst het aantal te realiseren zorguren toe.

3. Vervangende kraamzorg

Omschrijving: zorg waarin de verzekerde zelf heeft voorzien,

welke wordt geleverd door een verpleegkundige dan wel een kraamverzorgende of een niet door VGZ gecontracteerd kraamcentrum.

Vergoeding: ten hoogste € 91,- per dag.

Bijzonderheden:

vergoeding wordt verleend over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Indien bij combinatievormen van zorg dezelfde dag door beide zorginstellingen in rekening wordt gebracht, wordt deze dubbele dag eveneens vergoed overeenkomstig bovengenoemde regeling.

Artikel 32 Ziekenvervoer

1. Medisch noodzakelijk ziekenvervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland of naar een andere lidstaat van de Europese Unie, indien en voorzover openbaar vervoer op grond van aard en ernst van de ziekte of aandoening niet mogelijk is.

1.1. Ambulancevervoer

Omschrijving:

1. ambulancevervoer bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of AWBZ instelling;
2. ambulancevervoer in verband met poliklinische medisch specialistische behandeling ten huize van de medisch specialist, in het ziekenhuis of in een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de kosten van opname of behandeling in verband waarmee vervoer noodzakelijk is, geheel of gedeeltelijk worden vergoed krachtens de basisziekttekostenverzekering of de AWBZ;
2. voor vergoeding van de kosten van ziekenvervoer komen uitsluitend in aanmerking de kosten voor vervoer tussen de woning van de verzekerde of de plaats van het ongeval en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, een AWBZ instelling of de plaats waar de behandeling plaatsvindt;
3. niet vergoed worden de kosten van vervoer in verband met een medisch niet noodzakelijke overbrenging naar een ander ziekenhuis dan waarin de opname plaatsvond.

1.2. Taxi of taxivervangend eigen vervoer (zonder eigen bijdrage)

Omschrijving:

1. vervoer bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of AWBZ instelling;
2. vervoer in verband met poliklinische radiotherapie, haemodialyse of voor toediening van cytostatica (chemotherapie).

Vergoeding:

1. indien taxivervoer: volledig;
2. indien taxivervangend eigen vervoer: ten hoogste € 0,20 per kilometer.

Voorschrift: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. geen vergoeding wordt verleend indien verzekerd voor de Studenten-Instapverzekering. Dan bestaat uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van ambulancevervoer genoemd onder lid 1.1;
2. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de kosten van opname of behandeling in verband waarmee vervoer noodzakelijk is, geheel of gedeeltelijk worden vergoed krachtens de basisziektekostenverzekering of de AWBZ;
3. voor vergoeding van de kosten van ziekenvervoer komen uitsluitend in aanmerking de kosten voor vervoer tussen de woning van de verzekerde en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, een AWBZ instelling of de plaats waar de behandeling plaatsvindt;
4. niet vergoed worden de kosten van vervoer in verband met een medisch niet noodzakelijke overbrenging naar een ander ziekenhuis dan waarin de opname plaatsvond.

1.3. Taxi of taxivervangend eigen vervoer (met eigen bijdrage)

Omschrijving: vervoer in verband met poliklinische medisch specialistische zorg, niet zijnde vervoer in verband met poliklinische radiotherapie, haemodialyse of voor toediening van cytostatica (chemotherapie).

Vergoeding: 1. indien taxivervoer: volledig;
2. indien taxivervangend eigen vervoer:
ten hoogste € 0,20 per kilometer.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. geen vergoeding wordt verleend indien verzekerd voor de Studenten-Instapverzekering. Dan bestaat uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van ambulancevervoer genoemd onder lid 1.1;
2. de kosten zoals genoemd onder lid 1.3 en 2 komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien deze kosten tezamen meer bedragen dan € 90,- per kalenderjaar en wel voor dat meerdere;
3. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de kosten van opname of behandeling in verband waarmee vervoer noodzakelijk is, geheel of gedeeltelijk worden vergoed krachtens de basisziektekostenverzekering of de AWBZ;
4. voor vergoeding van de kosten van ziekenvervoer komen uitsluitend in aanmerking de kosten voor vervoer tussen de woning van de verzekerde en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, een AWBZ instelling of de plaats waar de behandeling plaatsvindt.

2. Ziekenvervoer zonder medische indicatie

Eigen vervoer (met eigen bijdrage)

Omschrijving: eigen vervoer in verband met onderzoek of behandeling, vanwege specifiek medisch onderzoek, in een in Nederland of een andere lidstaat van de Europese Unie gelegen ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer (enkele reis) verwijderd is van de woon- of verblijfplaats van de verzekerde.

Vergoeding: ten hoogste € 0,12 per kilometer.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. geen vergoeding wordt verleend indien verzekerd voor de Studenten-Instapverzekering. Dan bestaat uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van ambulancevervoer genoemd onder lid 1.1;
2. de kosten zoals genoemd onder lid 1.3 en 2 komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien deze kosten tezamen meer bedragen dan € 90,- per kalenderjaar en wel voor dat meerdere;
3. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de kosten van opname of behandeling in verband waarmee vervoer noodzakelijk is, geheel of gedeeltelijk worden vergoed krachtens de basisziektekostenverzekering of de AWBZ;
4. voor vergoeding van de kosten van ziekenvervoer komen uitsluitend in aanmerking de kosten voor vervoer tussen de woning van de verzekerde en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, een AWBZ instelling of de plaats waar de behandeling plaatsvindt.

Artikel 33 Eigen risico

1. Bij de berekening van de te verlenen vergoeding wordt op de in een kalenderjaar gemaakte kosten, die volgens de bepalingen van de (Studenten-)Instapverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, het individueel overeengekomen op de polis vermelde eigen risico in mindering gebracht. Bij de vaststelling van de hoogte van het te dragen eigen risico is bepaald het aantal personen dat op 1 januari van dat jaar in de Instapverzekering is verzekerd. Op hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (zie artikel 30) is het eigen risico niet van toepassing.
2. Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt het toepasselijke eigen risicobedrag naar evenredigheid berekend. Bij beëindiging in de loop van een kalenderjaar vindt geen restitutie plaats van het voor dat jaar overeengekomen eigen risicobedrag.
3. De verzekeringnemer van de Instapverzekering heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het eigen risicobedrag ongeacht de gezondheidstoestand te wijzigen, mits de wens daartoe vóór 1 oktober daaraan voorafgaand schriftelijk wordt doorgegeven.
4. Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van een in een volgend kalenderjaar voortdurende ziekenhuisverpleging en kraamzorg toegerekend aan het kalenderjaar waarin deze zijn aangevangen, mits deze onafgebroken en aansluitend voortduren in het daaropvolgende kalenderjaar.

Artikel 34 Preventieve cursussen en voorlichting

Door: thuiszorgorganisatie, GGD of een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).

Vergoeding: 1. indien verzekerd voor pakket 2: ten hoogste € 17,50 per verzekerde per kalenderjaar;
2. indien verzekerd voor een van de pakketten 3 t/m 11: ten hoogste € 35,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. uitsluitend vergoeding na overlegging van het bewijs van deelname;
2. de cursus omgaan met C.A.R.A. wordt uitsluitend vergoed voor verzekerden jonger dan 18 jaar en indien deze gegeven wordt door een fysiotherapeut, die bij de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie de cursus fysiotherapie bij C.A.R.A. heeft gevolgd.

Artikel 35 Sportgeneeskunde

Door: sportarts.

Vergoeding: 1. indien verzekerd voor pakket 3: ten hoogste € 57,- voor behandelingen, consulten en sportkeuringen per verzekerde per 2 kalenderjaren;
2. indien verzekerd voor een van de pakketten 1 of 4 t/m 11: volledig, tot ten hoogste € 114,- voor behandelingen, consulten en sportkeuringen per verzekerde per 2 kalenderjaren.

Bijzonderheden:

vergoeding uitsluitend indien de sportarts werkzaam is in een Sport-medische instelling.

Artikel 36 Acnebehandeling

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding: eenmalig ten hoogste € 182,- per verzekerde.

Indicatie: ernstige vorm van acne.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 37 Camouflagetherapie

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding: eenmalig ten hoogste € 193,- per verzekerde, inclusief benodigde middelen.

Indicatie: ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 38 Elektrisch epilieren

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding: eenmalig ten hoogste € 568,- per verzekerde.

Indicatie: extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 39 Psoriasisbehandeling (balneo phototherapie)

Vergoeding: 1. behandelkosten in een dagbehandelingscentrum – niet zijnde een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum – tot ten hoogste € 500,- per verzekerde per kalenderjaar;
2. reiskosten in verband met dagbehandeling € 0,12 per kilometer tot ten hoogste € 364,- per verzekerde per kalenderjaar.

Indicatie: ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door: huidarts.

Machtiging: ja, vooraf. Uitsluitend indien het dagbehandelingscentrum geen overeenkomst heeft met VGZ.

Artikel 40 Alternatieve geneeswijzen

1. Onder alternatieve geneeswijzen worden verstaan:

1.1. Indien verzekerd voor een van de pakketten 1 t/m 11: consulten en/of behandelingen door artsen, die zich specifiek hebben toegelegd op behandeling:
- op antroposofische grondslag;
- volgens de Moermanmethode;
- volgens de natuurgeneeswijze;
- met (ortho)manipulatie (manuele geneeswijze).

1.2. Indien verzekerd voor een van de pakketten 1 t/m 11: consulten en/of behandelingen verleend door:
- een chiropractor;
- een osteopaat;
- een acupuncturist;
- een homeopaat.

1.3. Indien verzekerd voor een van de pakketten 4 t/m 11: consulten en/of behandelingen door antroposofische therapeuten die zich hebben toegelegd op de antroposofische therapieën:
- heileurytmie;
- kunstzinnige therapie;
- kunstzinnige therapie muziek;
- kunstzinnige therapie spraak.

2. Vergoeding: de gezamenlijke kosten van de hierboven genoemde zorg per verzekerde per kalenderjaar:
2.1. indien verzekerd voor pakket 1: tot ten hoogste € 341,- voor honorarium en geneesmiddelen tezamen;

- 2.2. indien verzekerd voor pakket 2 of 3: tot ten hoogste € 227,- voor honorarium en geneesmiddelen tezamen;
 2.3. indien verzekerd voor een van de pakketten 4 t/m 11: tot ten hoogste € 681,- voor honorarium en geneesmiddelen tezamen.

Bijzonderheden:

vergoed worden uitsluitend geneesmiddelen:

- die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt;
- die zijn voorgeschreven door een behandelaar als bedoeld onder lid 1.1 en 1.2 of door de huisarts of de behandelend medisch specialist (eventueel door een tandarts, kaakchirurg of verloskundige);
- die zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

**Artikel 41
Podotherapie**

Door: podotherapeut.

Vergoeding: de honorariumkosten worden vergoed:
 1. indien verzekerd voor pakket 2 of 3: tot ten hoogste € 114,- per verzekerde per kalenderjaar;
 2. indien verzekerd voor een van de pakketten 4 t/m 11: volledig.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf. Uitsluitend indien de behandelend therapeut geen overeenkomst heeft met VGZ.

Bijzonderheden:

1. niet vergoed worden behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure en evenmin de kosten van prothesen, orthesen of andere hulpmiddelen;
2. voor vergoeding van de kosten van steunzolen, zie artikel 65.

**Artikel 42
Fysiotherapie**

Door: (kinder)fysiotherapeut.

Vergoeding: 1. indien verzekerd voor pakket 1: volledig;
 2. indien verzekerd voor een van de pakketten 2 t/m 11: ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

uitsluitend recht op vergoeding indien voor dezelfde indicatie voorafgaand vergoeding heeft plaatsgevonden op grond van de basisziektekostenverzekering en de behandeling plaatsvindt door de behandelaar die ook de behandeling ten laste van de basisziektekostenverzekering heeft uitgevoerd.

**Artikel 43
Kraampakket**

Vergoeding: kraampakket in natura.

Bijzonderheden:

1. indien geen kraampakket in natura ter beschikking is gesteld, wordt een vergoeding verleend tot ten hoogste € 23,-;
2. uitsluitend recht op vergoeding indien de verzekerde thuis of poliklinisch zal bevallen.

**Artikel 44
Gebruik verloskamer**

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

voorzover tevens recht bestaat op een vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering heeft de te verlenen vergoeding een aanvullend karakter tot ten hoogste het rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief.

**Artikel 45
Kraamzorg**

1. Kraamzorg

Omschrijving: zorg ten huize van de verzekerde waarbij zowel moeder en kind als de huishouding wordt verzorgd, alsmede de zorg voor moeder en kind die wordt verleend in een kraaminrichting.

Door: kraamcentrum of kraaminrichting.

Vergoeding: 1.1. indien verzekerd voor pakket 2 of 3: 50% van de eigen bijdrage volgens de ziekenfondsverzekering of de Standaard(pakket)polis;
 1.2. indien verzekerd voor een van de pakketten 4 t/m 11: volledige vergoeding van de eigen bijdrage volgens de ziekenfondsverzekering of de Standaard(pakket)polis.

Bijzonderheden:

de aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren respectievelijk dagen waarop de vergoeding of de verstrekking vanwege de basisziektekostenverzekering betrekking heeft.

2. Vervangende kraamzorg

Omschrijving: zorg waarin de verzekerde zelf heeft voorzien, welke wordt geleverd door een verpleegkundige dan wel een kraamverzorgende of een niet door VGZ gecontracteerd kraamcentrum.

Vergoeding: een aanvullende vergoeding in de resterende kosten van:
 2.1. indien verzekerd voor pakket 2 of 3: ten hoogste € 9,50 per dag;
 2.2. indien verzekerd voor een van de pakketten 4 t/m 11: ten hoogste € 19,- per dag.

Bijzonderheden:

1. uitsluitend recht op vergoeding in die gevallen waarin verzekerde op grond van de basisziektekostenverzekering een vergoeding ontvangt vanwege vervangende kraamzorg;

2. de aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren respectievelijk dagen waarop de vergoeding of de verstrekking vanwege de basisziektekostenverzekering betrekking heeft.

3. Couveuse nazorg

Omschrijving: de noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het kind alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme.

Door: kraamcentrum.

Vergoeding: indien verzekerd voor een van de pakketten 3 t/m 11: volledig, tot ten hoogste 12 uur verdeeld over 4 aaneengesloten dagen.

Bijzonderheden: uitsluitend recht op vergoeding als het kind tenminste 8 dagen in een couveuse heeft gelegen.

Artikel 46 Verblijf in een herstellingsoord

Omschrijving: verblijf in een herstellingsoord waarmee VGZ een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding: gedurende ten hoogste 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar een vergoeding van 75% van de kosten tot ten hoogste € 69,- per dag.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 47 Verblijf in een therapeutisch kamp

Omschrijving: verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen of verblijf in een therapeutisch kamp van de Diabetes Jeugdclub voor kinderen met diabetes.

Vergoeding: 75% van de kosten tot ten hoogste € 227,- eenmaal per drie kalenderjaren.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden: uitsluitend recht op vergoeding voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Artikel 48 Behandeling in een kuuroord

Vergoeding: 1. indien verzekerd voor een van de pakketten 3 t/m 11: ten hoogste € 454,- per verzekerde per twee kalenderjaren voor een behandeling in de kuuroorden Klein Vink te Arcen, Sanadome te Nijmegen, Fontana te Nieuweschans of Thermae 2000 te Valkenburg (L);
2. indien verzekerd voor een van de pakketten 6 t/m 11: ten hoogste € 681,- per verzekerde per twee kalenderjaren voor een behandeling in een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland).

Indicatie: reumatische artritis, Bechterew of artritis psoriatica.

Verwijzing door: reumatoloog.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. uitsluitend recht op vergoeding voor een behandeling in Nederland óf Europa;
2. niet vergoed worden reis- en/of verblijfskosten.

Artikel 49 Bijzondere voedingsmiddelen

Omschrijving: medisch geïndiceerde vloeibare kant-en-klaar voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen dan wel thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

Vergoeding: ten hoogste € 273,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden: geen recht op vergoeding van de kosten indien recht bestaat op vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering.

Artikel 50 Psychotherapie AWBZ

Vergoeding: de ingevolge de AWBZ verschuldigde eigen bijdrage tot ten hoogste € 205,- per verzekerde per kalenderjaar in verband met psychotherapie:
1. door een vrijgevestigd psychiater;
2. door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG);
3. in een krachtens de AWBZ erkende psychiatrische polikliniek.

Artikel 51 Hulpmiddelen

Vergoeding:

1. **Mammaprothese:** de eigen bijdrage tot ten hoogste € 46,- per prothese.
2. **Pruiken:** de eigen bijdrage tot ten hoogste € 46,-.
- 3.1. **Orthopedisch en allergeenvrij schoeisel:** een gedeeltelijke vergoeding van de eigen bijdrage tot ten laste van verzekerde een eigen bijdrage resteert van:
- € 57,- per paar, indien de verzekerde 16 jaar of ouder is;
- € 28,50 per paar, indien de verzekerde jonger is dan 16 jaar.

3.2. *Aangepast confectieschoeisel:*

een tegemoetkoming in de kosten van aangepast confectieschoeisel:

1. indien verzekerd voor pakket 2: tot ten hoogste € 23,- per paar per verzekerde;
2. indien verzekerd voor een van de pakketten 3 t/m 11: tot ten hoogste € 46,- per paar per verzekerde.

3.3. *Verbandschoenen:*

50% van de eigen bijdrage.

4. *Hoortoestellen:*

indien verzekerd voor een van de pakketten 3 t/m 11: ten hoogste 36 batterijen per kalenderjaar, indien het hoortoestel en de batterijen worden geleverd door een leverancier waarmee VGZ een overeenkomst heeft. De vergoeding wordt verleend voor ten hoogste 2 hoortoestellen.

Bijzonderheden:

1. uitsluitend recht op vergoeding indien recht bestaat op vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering, met uitzondering van de genoemde vergoeding onder lid 3.2;
2. de vergoeding zoals opgenomen onder lid 1, 2, 3.1 en 3.3 wordt uitsluitend berekend over de eigen bijdrage overeenkomstig de geldende Regeling Hulpmiddelen;
3. uitsluitend recht op vergoeding voor aangepast confectieschoeisel indien een indicatie bestaat voor orthopedisch schoeisel conform de geldende Regeling Hulpmiddelen;
4. uitsluitend recht op vergoeding van ofwel orthopedisch schoeisel ofwel aangepast confectieschoeisel.

Artikel 52 **Wekapparatuur/plaswekker**

- Vergoeding:
1. volledige vergoeding van de huurkosten dan wel van de kosten voor aanschaf van wekapparatuur/plaswekker;
 2. volledige vergoeding van de bijbehorende bandages.

Bijzonderheden:

1. er bestaat uitsluitend recht op vergoeding ten behoeve van kinderen van 7 jaar en ouder;
2. recht op vergoeding van de aanschafkosten bestaat uitsluitend indien de wekapparatuur/plaswekker is aangeschaft bij een leverancier waarmee VGZ een overeenkomst heeft.

Artikel 53 **Thuisbewakingsmonitor**

Omschrijving: waarschuwingsmonitor in eenvoudigste uitvoering bedoeld voor signalering van ernstige hartritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen.

Vergoeding: verstrekking in bruikleen voor een periode van ten hoogste 12 maanden.

Voorschrift: kinderarts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

na machtiging vooraf bestaat, op aanvraag van de kinderarts, recht op een verlenging voor een periode van ten hoogste 12 maanden.

Artikel 54 **Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen**

Vergoeding: 1. indien verzekerd voor pakket 2 of 3: een vergoeding, per gecorrigeerde zijde ongeacht het aantal aangeschafte brillen of contactlenzen, van ten hoogste:

bij een sterkte van:	uitvoering enkeelfocus:	uitvoering dubbelfocus:
4.25 of meer sferisch of 2.25 of meer cilinderwaarde:	€ 19,-	€ 32,-

2. indien verzekerd voor een van de pakketten 1 of 4 t/m 11 bestaat recht op:
 - 2.1. een volledige vergoeding van
- een brilmontuur en brillenglazen (gecorrigeerd), óf
- maand- of halfjaarlenzen;
 - 2.2. een vergoeding van ten hoogste € 69,- per gecorrigeerde zijde.

Bijzonderheden:

1. de vergoeding wordt eenmaal in een periode van twee kalenderjaren verleend;
2. er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van een van de gezichtshulpmiddelen zoals genoemd onder vergoeding, lid 2;
3. de vergoeding zoals opgenomen onder lid 2.1 wordt verleend overeenkomstig de geldende Regeling Gezichtshulpmiddelen, indien geleverd door een leverancier waarmee VGZ een overeenkomst heeft;
4. de geldende Regeling Gezichtshulpmiddelen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Artikel 55 **Logieskosten**

Omschrijving: verblijf in een logeerhuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis.

Vergoeding: 75% van de logieskosten tot ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. uitsluitend recht op vergoeding indien de kosten van opname in een ziekenhuis in Nederland worden vergoed op grond van de basisziektekostenverzekering;
2. de afstand woon-/logeerplaats bedraagt tenminste 40 kilometer (enkele reis);
3. ingeval van opname van een verzekerde worden de logieskosten van ten hoogste 2 gezinsleden tezamen vergoed;
4. de vergoeding geldt ook voor overnachtingen van een verzekerde waarvoor twee dagbehandelingen in een ziekenhuis op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Artikel 56
**Stottertherapie volgens Del Ferro,
Pauw of Hausdörfer**

Door: een instelling die zich specifiek heeft toegelegd op de methode Del Ferro, Pauw of Hausdörfer.

Vergoeding: 1. ten hoogste € 19,- per behandeling per verzekerde voor ten hoogste 36 behandelingen volgens de methode Del Ferro of Pauw, gedurende de gehele looptijd van de verzekering, exclusief pensiekosten;
2. ten hoogste € 654,- volgens de methode Hausdörfer, gedurende de gehele looptijd van de verzekering, exclusief pensiekosten.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden: vergoeding is voor ofwel de methode Del Ferro, ofwel de methode Pauw, ofwel de methode Hausdörfer.

Artikel 57
Reiskosten in verband met ziekenbezoek

Vergoeding: 1. indien verzekerd voor pakket 2 of 3: ten hoogste € 0,12 per kilometer tot ten hoogste één bezoek per 2 dagen;
2. indien verzekerd voor een van de pakketten 4 t/m 11: ten hoogste € 0,12 per kilometer voor dagelijks bezoek.

Bijzonderheden:

1. de afstand woon-/verblijfplaats van de opgenomen verzekerde naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis in Nederland waar om specifiek medische redenen onderzoek of behandeling plaatsvindt bedraagt tenminste 40 kilometer (enkele reis);
2. de vergoeding dient als bijdrage in de reiskosten in verband met ziekenbezoek door een bij VGZ verzekerd inwonend gezinslid, waarbij de aanvullende ziektekostenverzekering van de opgenomen verzekerde bepalend is voor de hoogte van de vergoeding;
3. niet vergoed worden reiskosten in verband met bezoek vanwege een ziekenhuisverblijf dat voor rekening van de AWBZ komt.

Artikel 58
Overig ziekenvervoer

Vergoeding: 1. indien verzekerd voor pakket 2 of 3: 50% van de eigen bijdrage ziekenvervoer;
2. indien verzekerd voor een van de pakketten 4 t/m 11: 100% van de eigen bijdrage ziekenvervoer.

Bijzonderheden: uitsluitend recht op vergoeding indien de eigen bijdrage voor ziekenvervoer overeenkomstig het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering 1980 is bereikt.

Artikel 59
Tandheelkundige zorg

1. Indien verzekerd voor pakket 1

Door: tandarts.

Vergoeding: 1. 100% van de kosten van preventieve tandheelkunde; UPT-codes beginnend met C en M;
2. 75% van de kosten van curatieve tandheelkunde; UPT-codes beginnend met B, X, A, V, E, G, H en T;
3. 50% van de kosten van prothetische en restauratieve zorg (o.a. kroon- en brugwerk); UPT-codes beginnend met I, P en R.

Bijzonderheden:

1. basis voor de vaststelling van de verzekerde verrichting zijn de genoemde Uniforme Particuliere Tarieven (UPT);
2. de vergoeding van de onder lid 2 en 3 genoemde zorg omvat tevens techniekkosten;
3. niet vergoed worden de kosten:
 - 3.1. die ten laste van de basisziektekostenverzekering kunnen of hadden kunnen worden gebracht;
 - 3.2. van niet nagekomen afspraken (C90);
 - 3.3. van een keuringsrapport (C70/C75) ten behoeve van andere verzekeraars;
 - 3.4. van een volledige boven- en/of onderprothese (P21/P25/P30/I85/I87);
4. wel vergoed worden de eigen bijdragen volgens de geldende Regeling Hulpmiddelen en de Regeling Tandheelkundige zorg.

2. Indien verzekerd voor pakket 3, 6, 7, 10 of 11

Door: tandarts.

Vergoeding: 1. 75% van de kosten van preventieve tandheelkunde; UPT-codes beginnend met C en M;
2. 75% van de kosten van curatieve tandheelkunde; UPT-codes beginnend met B, X, A, V, E, G, H en T;
3. 50% van de kosten van prothetische en restauratieve zorg (o.a. kroon- en brugwerk); UPT-codes beginnend met I, P en R;
4. 100% van de kosten van een volledige boven- of onderprothese (UPT-codes P21, P25, en I87) tot ten hoogste € 240,50;
5. 100% van de kosten van een volledige boven- en onderprothese (UPT-codes P30 en I85) tot ten hoogste € 481,-.

De onder 1 t/m 4 genoemde zorg tezamen wordt vergoed tot ten hoogste € 341,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. basis voor de vaststelling van de verzekerde verrichting zijn de genoemde Uniforme Particuliere Tarieven (UPT);
2. de vergoeding van de onder de leden 2 tot en met 5 genoemde zorg omvat tevens techniekkosten;
3. ingeval de volledige plaatprothese wordt geleverd door een tandprotheticus wordt een vergoeding in de gemaakte kosten verleend tot ten hoogste de voor tandartsen algemeen practicus geldende Uniforme Particuliere Tarieven;
4. recht op vergoeding van vervanging van de geplaatste prothetische voorziening bestaat eenmaal in de acht kalenderjaren;

5. vergoeding omvat tevens de eigen bijdragen volgens de geldende Regeling Hulpmiddelen en de Regeling Tandheelkundige zorg;
6. de onder vergoeding, lid 3 opgenomen vergoeding geldt voor de kosten van een volledige boven- en/of onderprothese (P21/P25/P30/185/187); deze vergoeding is geregeld onder lid 4 en 5 van de aangegeven vergoeding;
7. niet vergoed worden de kosten:
 - 7.1. die ten laste van de basisziektekostenverzekering kunnen of hadden kunnen worden gebracht;
 - 7.2. van niet nagekomen afspraken (C90);
 - 7.3. van een keuringsrapport (C70/C75) ten behoeve van andere verzekeraars.

Artikel 60 Prothetische zorg, kronen en bruggen
--

1. Prothetische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Door: tandarts.

Vergoeding: een tegemoetkoming in de kosten van de hieronder genoemde voorziening tot ten hoogste de daarbij vermelde bedragen.

	pakket 2, 4 of 8	pakket 5 of 9	pakket 7 of 11
volledige plaatprothese:			
per boven- of onderprothese (UPT-codes beginnend met een P)			
50% tot ten hoogste	€ 159,-	€ 182,-	€ 89,-
		pakket 2, 4 of 8	pakket 5, 7, 9 of 11
extra voor immediaatprothese (P 40), per boven- of onderprothese	-	€ 25,-	
gedeeltelijke prothese:			
van 1 t/m 4 elementen (P10, P00)			
ongeacht het aantal elementen	€ 25,-	€ 84,-	
extra voor immediaatprothese (P40) van 1 t/m 4 elementen, afhankelijk van het aantal elementen	-	€ 20,-	
van 5 of meer elementen (P15, P00) ongeacht het aantal elementen	€ 37,44	€ 123,-	
extra voor immediaatprothese (P40) van 5 of meer elementen, afhankelijk van het aantal elementen	-	€ 25,-	
frameprothese:			
per frameprothese (P34, P35, P00)	€ 137,-	€ 227,-	
rebasen:			
rebasen (P01, P02, P03, P04, P00) van een boven- of onderprothese	€ 12,03	€ 34,15	
wortelkappen:			
wortelkappen (P31, P00) ten hoogste 2 kappen per kalenderjaar, per kap	€ 69,-	€ 182,-	

Bijzonderheden:

1. basis voor de vaststelling van de verzekerde verrichting zijn de genoemde Uniforme Particuliere Tarieven (UPT);
2. ingeval de volledige plaatprothese wordt geleverd door een tandprotheticus wordt een vergoeding in de gemaakte kosten verleend tot ten hoogste de voor tandartsen algemeen practicus geldende Uniforme Particuliere Tarieven;
3. indien de reparatie van de plaatprothese wordt uitgevoerd door een tandtechnisch laboratorium wordt een vergoeding verleend tot ten hoogste 80% van de voor tandartsen geldende UPT-codes P07/P08;
4. recht op vergoeding van vervanging van de geplaatste prothetische voorziening bestaat eenmaal in de acht kalenderjaren;
5. ingeval van samenloop van recht op vergoeding volgens artikel 59 en artikel 60, wordt de vergoeding achtereenvolgens op grond van artikel 59 respectievelijk artikel 60 berekend.

2. Kronen en (ets)bruggen

Door: tandarts.

Vergoeding: een tegemoetkoming in de kosten van de hieronder genoemde voorziening tot ten hoogste de daarbij vermelde bedragen.

	pakket 2, 4 of 8	pakket 5, 7, 9 of 11
etsbruggen (R60, R61, R65, R66, R00) per kalenderjaar tot ten hoogste	€ 69,-	€ 227,-
opbouw van plastisch materiaal (R31)	-	volledig
gegoten opbouw (R32, R33, R00)	-	volledig
kronen en bruggdelen per element (R20, R25, R26, R27, R40, R45, R00)	€ 114,- ¹⁾	€ 189,- ²⁾

- 1) per kalenderjaar komen de gezamenlijke kosten van kronen en bruggen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 227,- per verzekerde;
- 2) per kalenderjaar komen de gezamenlijke kosten van kronen en bruggen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 942,- per verzekerde.

Bijzonderheden:

1. basis voor de vaststelling van de verzekerde verrichting zijn de genoemde Uniforme Particuliere Tarieven (UPT);
2. voorzover tevens recht bestaat op een vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering heeft de te verlenen vergoeding een aanvullend karakter tot ten hoogste het rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief of het genoemde maximumbedrag;
3. ingeval van samenloop van recht op vergoeding volgens artikel 59 en artikel 60, wordt de vergoeding achtereenvolgens op grond van artikel 59 respectievelijk artikel 60 berekend.

Artikel 61 Orthodontie

1. Indien verzekerd voor pakket 1

Door: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: 75% van de kosten tot ten hoogste € 341,- per verzekerde ongeacht de duur van de behandeling.

Bijzonderheden:

1. voorzover tevens recht bestaat op een vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering heeft de te verlenen vergoeding een aanvullend karakter tot ten hoogste het rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief of het genoemde maximumbedrag;
2. niet vergoed worden de kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering.

2. Indien verzekerd voor pakket 3, 6, 7, 10 of 11

2.1. Ten behoeve van verzekerden jonger dan 18 jaar

Door: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: 75% van de kosten tot ten hoogste € 1.362,- per verzekerde ongeacht de duur van de behandeling.

Bijzonderheden:

1. voorzover tevens recht bestaat op een vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering heeft de te verlenen vergoeding een aanvullend karakter tot ten hoogste het rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief of het genoemde maximumbedrag;
2. niet vergoed worden de kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering.

2.2. Ten behoeve van verzekerden van 18 jaar en ouder

Door: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: 75% van de kosten tot ten hoogste € 341,- per verzekerde ongeacht de duur van de behandeling.

3. Indien verzekerd voor pakket 5, 7, 9 of 11

Door: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: ten hoogste € 227,- per verzekerde, ongeacht de duur van de behandeling.

Bijzonderheden:

1. voorzover tevens recht bestaat op een vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering heeft de te verlenen vergoeding een aanvullend karakter tot ten hoogste het rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief of het genoemde maximumbedrag;
2. niet vergoed worden de kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering.

Artikel 62 Zorg door een eerstelijnspsycholoog

Vergoeding: ten hoogste € 454,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing door: huisarts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 63 Psychotherapie door een psychotherapeut

Omschrijving: niet-klinische psychotherapeutische behandeling.

Vergoeding: ten hoogste € 46,- per behandeling tot ten hoogste € 681,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

niet vergoed worden de kosten:

1. van multimethodische en multidisciplinaire psychotherapeutische zorg welke door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) in het kader van de AWBZ wordt geboden;
2. voor psychoanalyse.

Artikel 64 Psychotherapie (AWBZ) / eerstelijnspsycholoog

Omschrijving: 1. de ingevolge de AWBZ verschuldigde eigen bijdrage in verband met psychotherapie:
1.1. door een vrijgevestigde psychiater;
1.2. door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG);
1.3. in een krachtens de AWBZ erkende psychiatrie polikliniek;
2. niet-klinische psychotherapeutische behandeling door een psychotherapeut;
3. zorg door een eerstelijnspsycholoog.

Vergoeding: ten hoogste € 205,- voor de onder 1 t/m 3 genoemde zorg tezamen per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

niet vergoed worden de kosten van de onder lid 2 genoemde zorg:

1. van multimethodische en multidisciplinaire psychotherapeutische zorg welke door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) in het kader van de AWBZ wordt geboden;
2. voor psychoanalyse.

Artikel 65 Steunzolen

Vergoeding: 80% van de kosten eenmaal in een periode van twee kalenderjaren.

Voorschrift: behandelend arts of podotherapeut.

Bijzonderheden:
uitsluitend recht op vergoeding indien de steunzolen worden geleverd door:

- een orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats;
- een podotherapeut.

Artikel 66 Vaccinatie

Omschrijving: wegens vakantie in het buitenland noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningitis of malaria.

Door: huisarts of GGD.

Vergoeding: 1. indien verzekerd voor pakket 1: volledig;
2. indien verzekerd voor een van de pakketten 4 t/m 11: 75% van de kosten tot ten hoogste € 137,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 67 Verpleging in een hogere dan de laagste verpleeg- klasse van een ziekenhuis

Verpleging in een hogere dan de laagste verpleegklasse van een ziekenhuis voor verzekerden van 18 jaar en ouder

1. Indien opgenomen in een hogere dan de laagste verpleegklasse en zolang verpleging op basis van de laagste verpleegklasse volledig ten laste van de basisziektekostenverzekering plaatsvindt, heeft verzekerde recht op vergoeding van het verschil in kosten van verpleging in de derde verpleegklasse en de verzekerde verpleegklasse:
- 2/2B *, of
- 2A.

*) Kent een ziekenhuis slechts één verpleegklasse 2 dan worden de kosten ingeval van opname en verpleging in die verpleegklasse 2 volledig vergoed. Als opname plaatsvindt in een ziekenhuis met keuzemogelijkheid tussen meerdere verpleegklassen 2, dan worden de kosten vergoed op basis van de laagste verpleegklasse 2.

2.1. Ingeval van verpleging in een hogere dan de verzekerde verpleegklasse wordt uitsluitend een vergoeding verleend gebaseerd op de kosten die zouden zijn gemaakt indien verpleging had plaatsgevonden in de verzekerde verpleegklasse.

2.2. Indien verpleging ten gevolge van ontoereikende bedden capaciteit geschiedt in de laagste in plaats van in de verzekerde verpleegklasse wordt een schadeloosstelling verleend van € 23,- per verpleegdag. Deze schadeloosstelling wordt niet verleend indien geen klasseverpleging mogelijk is, bijvoorbeeld om verpleegkundige redenen zoals ingeval van opname op de afdeling intensive care, of omdat een ziekenhuis geen klasseverpleging biedt.

Artikel 68 Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

1. *In dit artikel wordt verstaan onder:*

1.1. Europadekking

Onder Europadekking wordt verstaan de dekking van de verzekerde risico's tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland binnen Europa en in de landen grenzend aan de Middellandse Zee. Voor ziekenhuisverpleging geldt de dekking op basis van de verzekerde verpleegklasse.

1.2. Werelddekking

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's tijdens vakantie en tijdelijk verblijf over de gehele wereld. Voor ziekenhuisverpleging in Europa en in landen grenzend aan de Middellandse Zee geldt de dekking op basis van de verzekerde verpleegklasse. Buiten Europa en buiten de landen grenzend aan de Middellandse Zee geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

2.1. Verzekerde risico's

Eventueel aanvullend op de basisziektekostenverzekering worden vergoed de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen.

Kosten van ambulancevervoer worden uitsluitend vergoed indien dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

Niet vergoed worden de kosten:

1. die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
2. verband houdend met onderzoek dat, of behandeling of opname die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland;
3. van vervoer, behoudens ambulancevervoer zoals hiervoor omschreven;
4. vallend onder het eigen risico.

2.2. Risicodekking

Kosten worden uitsluitend vergoed voorzover vergoeding zou hebben plaatsgevonden, indien de kosten in Nederland waren gemaakt.

Met inachtneming hiervan geldt de navolgende dekking:

basisziektekostenverzekering	aanvullende ziektekostenverzekering pakket	Europadekking	Werelddekking
Instapverzekering	-	volledig	200% Nederl. tarieven
Ziekenfonds	1	volledig	200% Nederl. tarieven
Instapverzekering	1	volledig	200% Nederl. tarieven
Standaard(pakket)polis	1	volledig	200% Nederl. tarieven
Ziekenfonds	2 of 3	volledig	geen dekking
Instapverzekering	2 of 3	volledig	200% Nederl. tarieven
Standaard(pakket)polis	2 of 3	volledig	200% Nederl. tarieven
Ziekenfonds	4 t/m 11	volledig	volledig
Instapverzekering	4 t/m 11	volledig	volledig
Standaard(pakket)polis	4 t/m 11	volledig	volledig

Opmerking:

1. onder Instapverzekering wordt tevens verstaan Studenten-Instapverzekering;
2. onder Standaardpakketpolis wordt tevens verstaan Studenten-standaardpakketpolis.

Bijzonderheden:

1. bij ziekte of ongeval kan voor het verkrijgen van geneeskundige zorg een beroep worden gedaan op de Alarmcentrale van de ANWB: (070) 314 14 14;
2. voor de onder lid 2.2 niet genoemde verzekeringen geldt het volgende:
 - pakket 12: geen dekking in het buitenland;
 - pakket 13: zie artikel 70, lid 2;
3. voor vergoeding van de kosten van repatriëring zie de bepalingen genoemd onder lid 4.

3. *Uitbetaling*

De te verlenen vergoeding wordt uitbetaald in euro's.

4. *Repatriëring*

- Omschrijving:
1. het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van de verzekerde vanuit de landen binnen Europa naar Nederland;
 2. het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde vanuit de landen binnen Europa naar Nederland.

Vergoeding: indien verzekerd voor een van de pakketten 1 of 3 t/m 11: volledig.

Bijzonderheden:

1. onder Europa wordt verstaan: Europa, de Azoren, de Canarische Eilanden, Madeira en de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee;
2. bij ziekte of ongeval kan voor het verkrijgen van repatriëring een beroep worden gedaan op de Alarmcentrale van de ANWB: (070) 314 14 14;
3. voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking:
 - 3.1. de kosten waarvoor de Alarmcentrale van de ANWB toestemming heeft verleend;
 - 3.2. de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisonderneming;
 - 3.3. de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
 - 3.4. de noodzakelijke kosten van communicatie;
 - 3.5. de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn;
4. uitvoering en risico liggen bij AMEV Schadeverzekering N.V..

Artikel 69 Daggeld

Vergoeding: een uitkering per dag zoals op de polis vermeld voor iedere dag dat verpleging ten laste van de basisziektelastenverzekering plaatsvindt in een in Nederland gelegen ziekenhuis, gedurende ten hoogste 365 dagen in een periode van drie kalenderjaren.

Bijzonderheden:

om het niveau van de verzekerde daggelduitkeringen te waarborgen verplicht VGZ zich om de verzekerde bedragen jaarlijks trendmatig te verhogen volgens de index van het algemene prijspeil. De

aanpassing zal echter jaarlijks niet meer bedragen dan 10% en wordt afgerond op hele euro's. De verzekerde bedragen kunnen door VGZ niet worden verlaagd.

Artikel 70 Suppletieverzekering

1. *Zorg in Nederland*

Vergoeding: indien opgenomen in een hogere dan de laagste verpleegklasse en zolang verpleging op basis van de laagste verpleegklasse volledig ten laste van de ziekenfondsverzekering of de Standaard(pakket)polis plaatsvindt, heeft verzekerde recht op vergoeding van het verschil in kosten van verpleging in de derde verpleegklasse en de verzekerde verpleegklasse:

- 2/2B*, of
- 2A, of
- 1.

*) Kent een ziekenhuis slechts één verpleegklasse 2 dan worden de kosten ingeval van opname en verpleging in die verpleegklasse 2 volledig vergoed. Als opname plaatsvindt in een ziekenhuis met keuzemogelijkheid tussen meerdere verpleegklassen 2, dan worden de kosten vergoed op basis van de laagste verpleegklasse 2.

Bijzonderheden:

ingeval van verpleging in een hogere dan de verzekerde verpleegklasse wordt uitsluitend een vergoeding verleend gebaseerd op de kosten die zouden zijn gemaakt indien verpleging had plaatsgevonden in de verzekerde verpleegklasse.

2. *Zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland*

Vergoeding: in de door verzekerde gemaakte kosten van verpleging en behandeling in een ziekenhuis, inclusief medisch specialistische zorg, welke met spoed medisch noodzakelijk is ten gevolge van een overkomen ongeval of plotseling ontstane ziekte tijdens vakantie of tijdelijk verblijf gedurende ten hoogste 12 maanden buiten Nederland, wordt, mits de opname geschiedt in de verzekerde, althans hogere dan de laagste verpleegklasse, de volgende vergoeding verleend:

Indien de verzekering geldt voor:	klasse 2:	klasse 1:
2.1. per verpleegdag, inclusief bijkomende kosten, ten hoogste	€ 84,-	€ 96,-
2.2. voor medisch specialistisch onderzoek en/of behandeling tijdens de gehele opname tot ten hoogste	€ 364,-	€ 622,-

Bijzonderheden:

bij ziekte of ongeval kan voor het bemiddelen bij het verkrijgen van geneeskundige zorg een beroep worden gedaan op de Alarmcentrale van de ANWB: (070) 314 14 14.