



VPZ ASSURADEUREN

Postbus 2868
6401 DJ Heerlen
T 0900- 369 88 88

www.vpz.nl
info@vpz.nl

Aanvullende verzekering VPZ 600 2012

Inhoudsopgave

| | pag. | | pag. |
|---|----------|--|-----------|
| Begripsomschrijvingen | 2 | Vergoedingen | 12 |
| Algemeen | 6 | Artikel 9 Lijst van verstrekkingen | 12 |
| Artikel 1 Verzekerde zorg | 6 | 9.1 Preventie | 12 |
| Artikel 2 Algemene bepalingen | 8 | 9.2 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg | 12 |
| Artikel 3 Premie | 9 | 9.3 Vervoer | 12 |
| Artikel 4 Overige verplichtingen | 9 | 9.4 Zorg in verband met de geboorte van een kind | 13 |
| Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden | 9 | 9.5 Hulpmiddelen | 13 |
| Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering | 10 | 9.6 Paramedische hulp | 13 |
| Artikel 7 Klachten en geschillen | 11 | 9.7 Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen | 13 |
| Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling | 11 | 9.8 Therapieën | 14 |
| | | 9.9 Extra vergoedingen | 14 |
| | | 9.10 Spoedeisende hulp in het buitenland | 16 |
| | | 9.11 Tandheekundige hulp | 16 |
| | | 9.12 Facultatieve dekking tandheekunde | 17 |

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn een aanvulling op de voorwaarden van de zorgverzekering ingevolge de Zorgverzekeringswet. Als aanspraak gemaakt kan worden op zorg of vergoeding van kosten op basis van de zorgverzekering, bestaat er geen recht op vergoeding op basis van deze aanvullende verzekering.

Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende aanvullende verzekeringsvoorwaarden van VPZ wordt verstaan onder:

- I Adem- en ontspanningstherapeut:** degene die in het bezit is van het certificaat Adem- en Ontspanningstherapie, methode Van Dixhoorn en is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging voor AOT (VDV).
- 2 Ambulancevervoer:** het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.
- 3 Apotheekhoudend huisarts:** een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen aan de op zijn naam ingeschreven verzekerden.
- 4 Apotheker:** degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.
- 5 Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 6 AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 7 Bedrijfsarts:** een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbodienst, en met wie of waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 8 Bekkenfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 9 Besluit zorgverzekering:** Besluit van 28 juni 2005, inclusief alle wijzigingen tot 1 januari 2009, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89 van de Zvw.
- 10 Besnijdeniscentrum:** een centrum dat zich heeft toegelegd op het verrichten van circumcisies, en waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 11 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering:** een overeenkomst gesloten tussen VPZ en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een Zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.
- 12 Craniosacraaltherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register Craniosacraal Therapie Nederland (RCN) of lid is van de Nederlandse Cranio-Sacraalvereniging (NCSV).
- 13 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.
- 14 Diëtist:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist en met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 15 Eerstelijnspsycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 16 Ergotherapeut:** degene die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut.
- 17 Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- 18 Fraude:** het plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

- 19** **Fysiotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.
- 20** **Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
- 21** **Geriatrisch fysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als geriatrisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 22** **Gezondheidszorgpsycholoog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 23** **GGD:** de Gemeentelijke Gezondheidsdienst.
- 24** **GGZ:** Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg.
- 27** **GGZ-instelling:** een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert, en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).
- 28** **Haptotherapeut:** degene die als zodanig lid is van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH).
- 29** **Huidtherapeut:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huidtherapeut.
- 30** **Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 31** **Instelling:**
 1 een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
 2 een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.
- 32** **Jeugdpsycholoog:** degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 33** **Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 34** **Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 35** **Kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck:** een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut is ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M.
- 36** **Kinderpsycholoog:** degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 37** **Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 38** **Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
- 39** **Lactatiekundige:** een lactatiekundige met het internationale diploma International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).
- 40** **Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens zorgverzekeraar wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
- 41** **Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of degene die als manueel therapeut E.S.[®] is aangesloten bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
- 42** **Medisch specialist:** een arts die als medisch specialist is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 43** **Mondhygiënist:** degene die op grond van artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel mondhygiënist en met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 44** **NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.
- 45** **Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

- 46 Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.
- 47 Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 48 Orthomaneel arts:** een arts die lid is van de Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde (NVOMG) of is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG).
- 49 Orthopedagoog-Generalist:** degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
- 50 Overgangsconsulente:** een verpleegkundige die de specialistische opleiding gevolgd heeft tot overgangsconsulente bij de organisatie Care for Women of die aangesloten is bij de overgangspraktijk Women's Life.
- 51 Pedicure:** een pedicure die in het bezit is van een geldig certificaat Voetverzorging bij Diabetici en/of Voetverzorging bij Reumatici van het Kennis- en Ontwikkelingscentrum Uiterlijke Verzorging (KOC) of Diabetische Voet en/of Reumatische Voet van de Nederlandse Organisatie Huid en Voetverzorging/ Landelijke Organisatie Pedicure in de Zorg (NOHV/LOPZ). Dit moet door de zorgverlener op de nota zijn vermeld of moet door VPZ zijn te raadplegen op www.kwaliteitsregisterpedicures.nl.
- 52 Podotherapeut:** degene die op grond van artikel 26 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel podotherapeut.
- 53 Psychosomatisch fysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 54 Psychosomatisch oefentherapeut Cesar/Mensendieck:** een oefentherapeut die als psychosomatisch oefentherapeut is ingeschreven in het Register van Verbijzonderde oefentherapeuten C/M.
- 55 Regeling zorgverzekering:** Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.
- 56 RIAGG:** een Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.
- 57 Schoonheidsspecialist:** een schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie het diploma Camouflage, voor elektrisch epilieren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne.
- 58 Seksuoloog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).
- 59 Sportmedische instelling:** een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
- 60 Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 61 Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus en met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 62 Travel Health Clinic:** een kliniek, verbonden aan een ziekenhuis, voor gezondheidsadviezen, vaccinaties en artikelen die nodig zijn voor een gezond verblijf in de (sub)tropen.
- 63 Vektis:** centrum voor informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars.
- 64 Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.
- 65 Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- 66 Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 67 Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 68 Verzekerde:** degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door VPZ, is vermeld.
- 69 Verzekering:** één of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen.
- 70 Verzekeringnemer:** degene die met VPZ de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
- 71 Voorkeursleverancier/voorkeursaanbieder:** een leverancier/ zorgaanbieder waarmee/met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee/met wie specifieke afspraken zijn gemaakt.

- 72 **VPZ Assuradeuren B.V./VPZ:** de gevolmachtigde agent aan wie door de verzekeraar volmacht als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.
- 73 **Werkgever:** het bedrijf of de instelling zoals bedoeld in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.
- 74 **Werknemer:** degene zoals bedoeld in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.
- 75 **Wet BIG:** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 76 **Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- 77 **Zelfstandig behandelcentrum:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en waarmee de zorgverzekeraar voor bepaalde vormen van zorg een overeenkomst heeft gesloten. Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.
- 78 **Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.
- 79 **Zorghotel:** een door de zorgverzekeraar als zodanig gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24 uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, gegarandeerd zijn.
- 80 **Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 81 **Zvw:** de Zorgverzekeringswet.

Algemeen

Artikel 1 Verzekerde zorg

I.1 INHOUD EN OMVANG VAN DE VERZEKERDE ZORG

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

I.2 MEDISCHE NOODZAAK

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

I.3 VERGOEDING VAN DE KOSTEN VAN ZORG

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

I.4 DOOR WIE MAG DE ZORG WORDEN VERLEEND

U hebt vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Voor een aantal vormen van zorg hebt u geen vrije keuze van zorgaanbieder, maar is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders.

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u raadplegen via onze website of telefonisch opvragen. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

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

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

Alternatieve zorg;
Beweegzorg (alternatieve bewegingstherapieën);
Mobiliteitshulpmiddelen (ingeval van bruikleen);
Diabetes testmaterialen;
Mantelzorgmakelaar;
Herstellingsoorden en zorghotels;
Hospice;
Vervoer in verband met transplantatie van organen.

I.5 HOE MAAKT U AANSPRAAK OP VERGOEDING?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat wij er zonder verdere navraag uit op kunnen maken tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Spaar uw nota's niet op, maar dien ze direct in. Dat scheelt u en ons in administratie.

I.6 RECHTSTREEKSE BETALING

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

I.7 VERREKENING VAN KOSTEN

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

I.8 VERWIJZING, VOORSCHRIFT OF TOESTEMMING

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden. Als een verwijzing of voorschrift nodig is, kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

I.9 ONTLENEN RECHT

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

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

I.10 UITSLUITINGEN

U hebt geen recht op:

- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als u voor deze wet verzekerd was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

I.11 RECHT OP ZORG EN OVERIGE DIENSTEN ALS GEVOLG VAN TERRORISTISCHE HANDELINGEN

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

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

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij Terrorisme (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwickelen schadeclaims.

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

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

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

2.2 AANVULLENDE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en).

Deze verzekeringsovereenkomsten maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst.

2.3 BIJBEHORENDE DOCUMENTEN

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

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL.

2.4 FRAUDE

2.4.1

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

2.4.2

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden of gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:

- er aangifte wordt gedaan bij de politie;
- de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
- er een registratie plaatsvindt in het tussen financiële instellingen gangbare waarschuwingssysteem. Een eventueel al gedane uitkering (waaronder ook begrepen kosten) zal worden teruggevorderd.

2.5 REGISTRATIE PERSOONSgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruiken wij voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC te Zeist.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.

2.6 MEDEDELINGEN

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

2.7 BEDENKPERIODE

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

2.8 NEDERLANDS RECHT

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Premie

3.1 VERSCHULDIGDHEID VAN PREMIE

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld:

U hebt een Uitgebreide Aanvullende Verzekering en wordt op 1 juli 18 jaar. Vanaf 1 augustus betaalt u premie.

3.2 PREMIEKORTING BIJ COLLECTIEVE OVEREENKOMST

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

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

3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3 BETALING VAN PREMIE, WETTELIJKE BIJDRAGEN EN KOSTEN

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

3.3.2 Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen bijdragen en overige kosten.

3.4 VERREKENING

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

3.5 NIET-TIJDIG BETALEN

3.5.1 Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.5.2 Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

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

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

3.5.5 Als wij de aanvullende verzekering(en) wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 WIJZIGING PREMIE EN VOORWAARDEN

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

5.2 OPZEGGINGSRECHT

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

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

6.1 BEGIN EN DUUR

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

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 ACCEPTATIE VOOR DE AANVULLENDE VERZEKERING(EN)

6.2.1 Zorgverzekering

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van de verzekeraar sluiten, maar u bent dat niet verplicht.

6.2.2 Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde volwassene op de polis.

6.2.3 U moet een tandheelkundige verklaring invullen als u 18 jaar of ouder bent:

- als u zich aanmeldt voor een aanvullende tandartsverzekering of
- als u uw tandheelkundige verzekering wilt wijzigen naar een verzekering met een uitgebreidere dekking.

6.2.4 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. en 6.2.3. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen dezelfde verzekeraar.

6.3 EINDE VAN RECHTSWEGE

6.3.1 De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de verzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen.

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

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

Als de aanvullende verzekering eindigt, omdat wij stoppen met het aanbieden van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen, stellen wij u als verzekeringnemer uiterlijk 3 maanden voordat de aanvullende verzekering eindigt hiervan op de hoogte.

6.4 WANNEER KUNT U UW VERZEKERING OPZEGGEN?

6.4.1 Jaarlijks

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

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

6.4.2 Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

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

6.4.3 U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruik maken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.5 WANNEER KUNNEN WIJ DE AANVULLENDE VERZEKERING OPZEGGEN, ONTBINDEN OF SCHORSEN?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;

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

Artikel 7 Klachten en geschillen

7.1 HEBT U EEN KLACHT? LEG UW KLACHT VOOR AAN DE AFDELING KLACHTENMANAGEMENT.

7.1.1 U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering(en) goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2868, 6401 DJ Heerlen. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht.

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

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

7.2 KLACHTEN OVER ONZE FORMULIEREN

7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2868, 6401 DJ Heerlen.

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

Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering(en). U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Vergoedingen

Artikel 9 Lijst van verstrekkingen

9.1 PREVENTIE

9.1.1 Preventieve geneesmiddelen en vaccinaties in verband met verblijf in het buitenland

Vergoed worden de kosten van tabletten tegen malaria en vaccinaties tegen DTP, gele koorts, hepatitis A en B. De kosten van cocktailvaccins komen alleen voor vergoeding in aanmerking, indien op grond van dit artikel alle componenten van de cocktail afzonderlijk vergoed zouden worden.

9.1.2 Preventief onderzoek

Vergoed worden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van de vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker;
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren);
- prostaatkanker.

Vergoed worden de kosten van een cholesteroltest.

Vergoed worden de kosten van immunisatie bij zwangerschap.

9.1.3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's).

Voorwaarde:

Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Voor de anticonceptiepijl is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Vergoeding: 100%

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (bovenlimietprijs Geneesmiddelenvergoedingssysteem).

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel worden, ongeacht de leeftijd van de verzekerde, vergoed vanuit de basisverzekering.

9.2 ZIEKENHUIS EN DAARMEE SAMENHANGENDE ZORG

9.2.1 Correctie flaporen

Vergoed worden de kosten van correctie van flaporen bij kinderen tot en met 16 jaar in een erkend ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk een machtiging is gevraagd aan en verleend door VPZ. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. VPZ kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

De vergoeding kan alleen plaatsvinden indien de verzekerde op het moment van aanvang van de behandeling niet ouder is dan 16 jaar.

9.2.2 Ooglidcorrectie

Vergoed worden de kosten van correctie van verslakte of verlamde bovenoogleden in een erkend ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, indien sprake is van aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil, terwijl de verzekerde ontspannen recht vooruit kijkt. Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk een machtiging is gevraagd aan en verleend door VPZ. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. Bij de aanvraag moet een foto worden meegestuurd (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking - zoals hiervoor omschreven - goed zichtbaar is. VPZ kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

9.2.3 Sterilisatie

Vergoed worden de kosten van sterilisatie in een erkend ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

De kosten van het ongedaan maken van een kunstmatige sterilisatie komen niet voor vergoeding in aanmerking. In geval van sterilisatie van de man is de vergoeding gemaximeerd tot het tarief behorende bij een poliklinische ingreep.

9.3 VERVOER

9.3.1 Kosten van vervoer

Vergoeding wordt verleend:

voor de kosten van het vervoer naar en van een ziekenhuis, sanatorium of kraaminrichting in geval van opname aldaar;

- voor de kosten van het vervoer naar en van de plaats waar een behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- voor de kosten van het vervoer naar en van een revalidatiecentrum, audiologisch centrum of een orthopedisch instrumentenmaker voor het aanpassen van een prothese;
- voor de kosten van de eigen bijdrage die in rekening wordt gebracht op grond van de zorgverzekering.

Voornoemde kosten komen voor vergoeding in aanmerking indien het vervoer verband houdt met een medische behandeling waarvoor de kosten geheel dan wel gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is.

De hoogte van de vergoeding bedraagt:
- € 0,18 per kilometer voor vervoer per auto;
- het in rekening gebrachte bedrag voor vervoer per taxi.

Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde een machtiging is gevraagd aan en verleend door VPZ. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of behandelend specialist. VPZ kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

De vergoeding geldt als aanvulling op hetgeen is bepaald in de zorgverzekering.

9.4 ZORG IN VERBAND MET DE GEBOORTE VAN EEN KIND

9.4.1 Kraampakket

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op de verstrekking van een medisch kraampakket. Het medisch kraampakket dient minimaal 4 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij VPZ aangevraagd te worden en wordt ruim voor deze datum thuisbezorgd.

9.4.2 Eigen bijdrage kraamzorg

De eigen bijdrage per uur kraamzorg die de vrouwelijke verzekerde krachtens de Zorgverzekeringswet verschuldigd is, wordt vergoed.

9.5 HULPMIDDELEN

9.5.1 Gezichtshulpmiddelen

Vergoed worden de kosten van contactlenzen of brillenglazen (en montuur) vanaf 6,25 dioptrieën tot ten hoogste € 91,00 per 2 kalenderjaren. Een declaratie van nachtlenzen dient vergezeld te gaan van een verklaring van de opticien waaruit blijkt wat de correctie zou zijn in het geval contactlenzen of brillenglazen zouden zijn aangeschaft.

Er wordt geen vergoeding verleend voor niet-optische middelen als lenzenvloeistof of brillenkokers, optische middelen niet op sterkte zoals zonnebrillen of contactlenzen op kleur, servicecontracten en verzekeringen met betrekking tot gezichtshulpmiddelen.

9.5.2 Plaswekker

Vergoed worden de huurkosten of de kosten van aanschaf van een plaswekker.

9.5.3 Eigen bijdrage hulpmiddelen

Vergoed worden de kosten van de eigen bijdrage na de verstrekking conform de Regeling Hulpmiddelen.

9.5.4 Eenvoudige loophulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van bruikleen of aanschaf van eenvoudige loophulpmiddelen zoals een vierpoot wandelstok, looprek, rollator en krukken.

Voorwaarde:

Het hulpmiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.

Vergoeding: 100%

9.6 PARAMEDISCHE HULP

9.6.1 Fysiotherapie

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie. De vergoeding geldt als aanvulling op hetgeen is bepaald in de zorgverzekering.

9.6.2 Oefentherapie Cesar/Oefentherapie Mensendieck

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen. De vergoeding geldt als aanvulling op hetgeen is bepaald in de zorgverzekering.

9.6.3 Manuele therapie

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen manuele therapie, verzorgd door een fysiotherapeut.

9.7 ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN EN GENEESMIDDELEN

De kosten van alternatieve geneeswijzen en homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden tezamen tot ten hoogste € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed.

9.7.1 Alternatieve geneeswijzen

Vergoed worden de kosten van behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

Voorwaarden voor deze vergoeding:

- De behandeling wordt gegeven door een arts voor alternatieve geneeswijzen, of
- de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is, maar wel lid is van een beroepsvereniging die naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt, of
- de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt.

9.7.2 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Vergoed worden de kosten van de door Vektis geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een arts of alternatief zorgverlener en moet zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend arts.

9.8 THERAPIEËN

9.8.1 Psoriasisdagbehandeling

Vergoed worden de kosten van behandeling gericht op het voorkomen en bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis tot ten hoogste € 1.135,00 per verzekerde per kalenderjaar.

De behandeling vindt plaats in een dagbehandelingcentrum in verband met een ernstige vorm van psoriasis.

9.8.2 Acnetherapie

Vergoed worden de kosten tot ten hoogste € 227,00 per verzekerde per kalenderjaar van de behandeling van een ernstige vorm van acne op voorschrift van de huisarts of medisch specialist. De behandeling wordt verzorgd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

9.8.3 Camouflagetherapie

Vergoed worden de kosten tot ten hoogste € 341,00 per verzekerde per kalenderjaar van de behandeling die gericht is op het minder opvallend maken van spataderen, wijnvlekken en donkere of lichte vlekjes in de huid in geval van ernstige, blijvende ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Vergoed worden de kosten tot ten hoogste € 182,00 per verzekerde per kalenderjaar van de behandeling die gericht is op het minder opvallend maken van littekens.

Vergoed worden de kosten tot ten hoogste € 182,00 per verzekerde per kalenderjaar van de behandeling van brandwonden.

De behandeling wordt verzorgd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist op voorschrift van de huisarts of medisch specialist.

9.8.4 Epilatie

Vergoed worden de kosten tot ten hoogste € 1.090,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering, van de behandeling die gericht is op het definitief verwijderen van storende haargroei in het gelaat en/of de hals van een vrouwelijke verzekerde op voorschrift van de huisarts of medisch specialist. De behandeling wordt verzorgd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

9.8.5 Stottherapie

Vergoed worden de kosten van 20 behandelingen stottherapie per verzekerde per kalenderjaar.

De therapie vindt plaats in een instituut dat zich specifiek heeft toegelegd op de methode Del Ferro, BOMA óf Hausdörfer.

9.8.6 Oedeemtherapie

Vergoed worden de kosten van oedeemtherapie door een oedeemtherapeut tot ten hoogste het tarief dat gelijk is aan het door de verzekeraar overeengekomen tarief inzake behandelingen fysiotherapie. De maximum vergoeding bedraagt € 227,00 per verzekerde per kalenderjaar.

9.8.7 Voetbehandelingen

Vergoed wordt 75% van de gezamenlijke kosten tot ten hoogste € 114,00 van behandelingen door:

- een podotherapeut, op verwijzing van huisarts of medisch specialist.

Hieronder wordt verstaan:

- 1 behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;
- 2 podotherapeutische zolen/inlays.

- een pedicure, op verwijzing van een huisarts of medisch specialist.

Hieronder wordt verstaan voetverzorging voor verzekerden met diabetes mellitus, type I of II.

9.8.8 Bechterew oefengroepstherapie

Vergoeding van € 3,00 per deelgenomen oefenavond (zwemmen in extra verwarmd water) tot ten hoogste € 114,00 per verzekerde per kalenderjaar. Het zwemmen moet in groepsverband plaatsvinden en onder leiding staan van een fysiotherapeut. Betaling vindt plaats op grond van een te overleggen presentielijst.

9.8.9 Hydrotherapie voor fibromyalgiepatiënten

Vergoeding tot ten hoogste € 6,00 per deelgenomen behandeling voor de duur van ten hoogste 3 maanden per verzekerde per kalenderjaar. Het zwemmen met een frequentie van 1 maal per week moet in groepsverband plaatsvinden en onder leiding staan van een fysiotherapeut. Betaling vindt plaats op grond van een te overleggen presentielijst.

9.9 EXTRA VERGOEDINGEN

9.9.1 Eigen bijdrage geneesmiddelen

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage zoals deze is vastgesteld in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

9.9.2 Therapeutisch kamp

Vergoed worden de kosten van het verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische jongeren tot 18 jaar tot ten hoogste € 341,00. Het verblijf dient te zijn voorgeschreven door de behandelend arts.

9.9.3 Herstellingsoord

Vergoed worden de kosten van verblijf in een door de verzekeraar erkend herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg tot ten hoogste € 681,00. Het verblijf dient te zijn voorgeschreven door de behandelend arts.

9.9.4 Kuuroord

Vergoed wordt 80% van de kosten van vervoer naar, behandeling en verblijf in een door de verzekeraar erkend kuuroord voor maximaal 14 dagen. De vergoeding wordt verleend aan verzekerden met een ernstige vorm van reumatoïde artritis, artritis psoriatica of de ziekte van Bechterew.

Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk een machtiging is gevraagd aan en verleend door VPZ. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de reumatoloog. VPZ kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

- 9.9.5 Prinses Margriethuis**
 Vergoed worden de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis van de verzekerde tot ten hoogste € 33,00 per dag voor maximaal 28 dagen na een levertransplantatie.
 Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk een machtiging is gevraagd aan en verleend door VPZ. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de reumatoloog. VPZ kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.
- 9.9.6 Ronald McDonaldhuis**
 Vergoed worden de kosten van de eigen bijdrage van verblijf van de ouders/verzorgers van een verzekerde, jonger dan 18 jaar, in een Ronald McDonaldhuis, tijdens een medisch noodzakelijke opname van de verzekerde.
- 9.9.7 Steunzolen**
 Onder steunzolen wordt verstaan: inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. De kosten van steunzolen op voorschrift van een arts, medisch specialist of podotherapeut worden 1 maal per kalenderjaar vergoed.
 De steunzolen mogen geleverd worden door:
- een orthopedisch schoenmaker;
 - een orthopedisch instrumentenmaker;
 - een orthesemaker;
 - een podotherapeut;
 - een registerpodoloog (aangesloten bij Stichting LOOP).
- 9.9.8 Bandages**
 De kosten van bandages op voorschrift van de huisarts of specialist worden tot ten hoogste € 114,00 per verzekerde per kalenderjaar vergoed.
- 9.9.9 Orthopedagogie**
 Vergoed worden de kosten van behandeling van kinderen tot 18 jaar met leer- en opvoedingsproblemen tot ten hoogste € 114,00 per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling wordt verzorgd door een gekwalificeerd vrijgevestigd orthopedagoog op verwijzing van de huisarts of schoolarts.
- 9.9.10 Gezinszorg**
 Vergoeding van de in rekening gebrachte kosten van gezinszorg bij een ziekenhuisopname van een verzekerde tot ten hoogste € 454,00 per kalenderjaar.
- 9.9.11 Kinderopvang**
 Bij een verblijf langer dan 11 aaneengesloten dagen van de bij verzekeraar verzekerde verzorgende ouder in een algemeen ziekenhuis in Nederland, kan aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de kosten van opvang van bij de verzekeraar verzekerde kinderen jonger dan 4 jaar. De kinderopvang geldt ten hoogste 2 maanden per ziekenhuisopname per kalenderjaar. Vergoed worden de kosten tot een maximum van € 12,00 per dag. Het recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang bestaat tot en met 1 dag na thuiskomst van de verzorgende ouder uit het ziekenhuis.
 Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten van kinderopvang in geval van opname in een ziekenhuis wegens bevalling, revalidatie of opname ten laste van de AWBZ.
- 9.9.12 Ziekenhuisgerelateerde thuiszorg**
 In aanvulling op de rechten die verzekerde in het kader van thuiszorg krachtens de AWBZ geldend kan maken, bestaat recht op vergoeding van de kosten van verpleging of verzorging die ten huize van de verzekerde wordt verleend en wel voor ten hoogste 5 uren per etmaal gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 13 weken. Recht op vergoeding bestaat slechts indien en voor zover de verzorging of verpleging plaatsvindt in aansluiting op medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis voor dezelfde aandoening waarvoor in het ziekenhuis is verbleven of strekt ter bekorting of vervanging van dat verblijf. VPZ moet vooraf toestemming hebben verleend. VPZ kan aan de toestemming nadere voorwaarden verbinden.
- 9.9.13 Sport Medisch Advies**
 Vergoed worden de kosten van behandelingen in de door de Federatie Sportmedische Instellingen (FSMI) erkende Sport Medische adviescentra (SMA).
- 9.9.14 Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker**
 Vergoed worden de kosten van groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met de diagnose kanker tot ten hoogste € 1.000,00 per diagnose. De behandelingen zijn gericht op het verbeteren van zowel de fysieke als de mentale conditie. De behandelingen worden, na verwijzing van de medisch specialist, verzorgd door ziekenhuizen, integrale kankercentra, instellingen die aangesloten zijn bij de Stichting Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO) of overige instellingen die voor de groepsrevalidatie 'Herstel en Balans' gecertificeerd zijn door de Stichting Herstel & Balans.
- 9.9.15 Dieetadvisering**
 Vergoed worden de kosten van dieetadvisering door een diëtist op verwijzing van een (tand)arts of specialist tot maximaal 4 behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.
- 9.9.16 Farmacotherapeutische ondersteuning bij stoppen met roken**
 vergoed worden de kosten van (genees)middelen ter ondersteuning van de op gedragsverandering gerichte begeleiding bij stoppen met roken.

De volgende (genees)middelen worden vergoed:

Nicotinevervangende middelen:

- pleisters;
- sublinguale tabletten;
- zuigtabletten;
- kauwgom.

Geneesmiddelen:

- Bupropion (Zyban);
- Varenicline (Champix).

Wie mag de (genees)middelen leveren:

apothek, apothekhoudend huisarts, door ons gecontracteerde zorgaanbieders. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. U kunt de (genees)middelen ook bestellen bij de Nationale Apotheek. U hebt dan met name voor de pleisters een financieel voordeel. Kijk op www.nationale-apotheek.nl.

Recept (op voorschrift van):
arts

Bijzonderheden:

(genees)middelen worden alleen vergoed als de op gedragsverandering gerichte begeleiding van het stoppen met roken onder de aanspraken van de zorgverzekering valt.

Vergoeding:

maximaal € 115,00 voor de hele looptijd van de verzekering

9.IO SPOEDEISENDE HULP IN HET BUITENLAND

9.IO.1 Buitenland

Vergoed wordt de medisch noodzakelijke spoedeisende zorg en tandheelkundige zorg wegens een ziekte of een ongeval tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, zakenreis of studiedoeleinden.

Uitsluitend de medisch noodzakelijke hulp die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt en voor zover het schadebedrag de vergoeding vanuit de hoofdverzekering te boven gaat, komt voor vergoeding in aanmerking.

In geval van opname in een ziekenhuis wordt de vergoeding tevens beperkt tot de kosten van ten hoogste 365 verpleegdagen per ziektegeval. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.

Voorwaarden voor vergoeding:

- De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland.
- Verzekerde moet een ziekenhuisopname direct (laten) melden via de VPZ Alarmcentrale.
- Tandheelkundige zorg wordt slechts vergoed indien en zover een aanvullende tandheelkundige verzekering is gesloten.
- De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland, in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door VPZ zijn ontvangen en zal nooit meer bedragen dan de werkelijk geleden schade.

9.IO.2 Repatriëring en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

De verzekerde kan ter zake van ernstige ziekte of een ernstig ongeval voor hulp en advies onmiddellijk, voor rekening van de verzekeraar, contact opnemen met de VPZ Alarmcentrale. Indien in overleg met de alarmcentrale repatriëring noodzakelijk blijkt, draagt de alarmcentrale zorg voor het vervoer van verzekerde naar Nederland, inclusief voorgeschreven medische begeleiding. In geval van overlijden van verzekerde draagt bovengenoemde organisatie zorg voor vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland. Indien en voor zover alle hiervoor genoemde kosten in overleg met de alarmcentrale zijn gemaakt, komen deze, onder aftrek van besparingen, voor rekening van de verzekeraar.

9.II TANDHEELKUNDIGE HULP

9.II.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar door een tandarts, tot ten hoogste € 500,00 per kalenderjaar.

9.II.2 Orthodontie

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van orthodontische zorg door een orthodontist of tandarts gedurende de looptijd van de verzekering.

Bijzonderheden:

- De betreffende zorg wordt niet vergoed indien deze wordt gedekt op grond van de zorgverzekering.
- De behandeling mag niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- De kosten van vervanging of reparatie na onzorgvuldig gebruik zijn uitgesloten van vergoeding.
- De behandeling moet zijn gestart voordat de verzekerde de 18-jarige leeftijd bereikt. Indien de behandeling gestart is bij een voorgaande zorgverzekeraar, dient dit schriftelijk aangetoond te worden.

9.12 FACULTATIEVE DEKKING TANDHEELKUNDE

9.12.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Indien de verzekerde voor een aanvullende tandartsdekking is verzekerd, dan staat dit vermeld op het polisblad. Vergoeding wordt verleend tot ten hoogste het op het polisblad vermelde bedrag per kalenderjaar. Vergoed worden de kosten van tandheelkundige hulp (met uitzondering van orthodontische zorg) aan verzekerden van 18 jaar en ouder door een tandarts, parodontoloog of mondhygiënist in Nederland conform de Prestatiecodelijst Mondzorg. Vergoed worden de kosten van de in rekening gebrachte eigen bijdragen op grond van de zorgverzekering. Slechts wanneer dit op het polisblad is vermeld, wordt vergoeding verleend voor techniekkosten, in rekening gebracht door een tandarts, tandtechniker of tandprotheticus. Voor verzekerden met een aanvullende tandartsdekking inclusief techniekkosten is binnen de gezamenlijke maximale vergoeding tevens dekking voor de kosten van implantologie in de niet-tandeloze kaak. Vergoeding wordt dan verleend voor de kosten van het honorarium van de implantoloog of kaakchirurg en de bijkomende kosten in het ziekenhuis.