Vergoedingen en voorwaarden 2025
Aanvullende verzekering

aanvullende verzekering OHRA Uitgebreid Fysio Meenemen
Productnummer: 7700825
Geldig vanaf 01-01-2025 tot en met 31-12-2025
De vorige verzekeringsvoorwaarden zijn vervallen.

Inhoudsopgave

Alternatieve en psychosociale zorg 3
Bril, lenzen en ooglaseren 5
Buitenland 7
Diëtetiek 12
Ergotherapie 13
Fysiotherapie 14
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 17
Huidtherapieën 18
Hulpmiddelen 20
Mantelzorg 27
Medicijnen 29
Medisch specialistische zorg 31
Mondzorg 35
Obesitasbehandeling 40
Preventie 41
Verblijf 44
Vervoer 47
Voetzorg 52
Zorg voor de bevalling 53
Zorg tijdens de bevalling 54
Zorg na de bevalling 55
Bijlage Begrippen 60
Bijlage Algemene Voorwaarden 65

Alternatieve en psychosociale zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Alternatieve en psychosociale zorg (artikel D.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Alternatieve en psychosociale behandelingen
  Onder alternatieve geneeswijzen valt al deze zorg:
  - acupunctuur;
  - chiropractie;
  - homeopathie;
  - osteopathie;
  - psychosociale behandelingen;
  - natuurgeneeswijzen

Wij vergoeden de volgende natuurgeneeswijzen:
- een antroposofische consult;
- auriculotherapie;
- haptonomie/haptotherapie;
- kinesiologie;
- musculoskeletale geneeskunde;
- orthomanuele geneeskunde;
- reflexzonetherapie/voetreflextherapie;
- shiatsu;
- manuele therapie.

Andere vormen van alternatieve geneeswijzen en natuurgeneeskunde vergoeden we niet.

- Alternatieve medicijnen
  Antroposofische en homeopathische medicijnen en producten.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 500 maximaal, per jaar voor onderstaande zorg samen:
  - Vergoeding van € 40 maximaal, per dag voor alternatieve en psychosociale behandelingen.
  - Vergoeding van 100% voor alternatieve medicijnen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor alternatieve en psychosociale behandelingen (artikel D.7.1.)

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- De therapeut of arts moet de zorg geven volgens de doelen en richtlijnen van de erkende beroepsvereniging

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- U kunt terecht bij een therapeut of arts die lid is van een beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen of psychosociale zorg die wij erkennen.
  De therapeut of arts moet een opleiding Medische Basiskennis (MBK) hebben afgerond die voldoet aan de Plato-eisen.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die u vergoed krijgt uit een andere verzekering
  Behandelingen en consulten die u al vergoed krijgt uit uw basisverzekering, de Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en). Het maakt daarbij niet uit of u voor deze zorg verzekerd bent of deze niet (helemaal) vergoed krijgt.
  Pas als we zeker weten dat de zorg niet onder uw basisverzekering, een andere verzekering of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en) valt, bepalen wij of we die zorg als alternatieve of psychosociale zorg vergoeden.
- Experimentele behandelingen en behandelingen die nog onderzocht worden
- Laboratoriumonderzoeken die zijn aangevraagd door een therapeut of arts die alternatieve of psychosociale zorg verleent

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor alternatieve medicijnen (artikel D.7.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- De medicijnen en zorgproducten moeten onder de Geneesmiddelenwet vallen. Ook moeten ze geregistreerd staan als homeopathische of antroposofische medicijnen
- De medicijnen moeten in de G-Standaard van de Z-Index staan
  Deze kunt u vinden op www.z-index.nl/g-standaard. Z-Index controleert, beheert en verspreidt alle medicijnen en zorgproducten en neemt ze daarna op in de G-standaard. Wij gebruiken deze G-Standaard. Bijvoorbeeld om te zien wat een medicijn kost en of het in register staat.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Een alternatieve zorgverlener die wij erkennen. Deze heeft vastgesteld dat de medicijnen medisch noodzakelijk zijn

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Apotheekhoudend (huis)arts.
  Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheek.
  Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Internetapotheek.
  Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zelfzorggeneesmiddelen
  Wordt een zelfzorggeneesmiddel volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed? Dan vergoeden wij deze ook niet als alternatief medicijn. U vindt de Regeling zorgverzekering op wetten.overheid.nl.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Bril, lenzen en ooglaseren

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Bril, contactlenzen, ooglaseren en de wettelijke eigen bijdrage uit de basisverzekering (artikel D.4.7.a. / D.4.7.b. / D.4.7.c. / D.1.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Brillenglazen met visuscorrectie
- Bijbehorend montuur
- Contactlenzen met visuscorrectie
- Ooglaseren
- Lensimplantatie
- Wettelijke eigen bijdrage van brillenglazen
- Wettelijke eigen bijdrage van filterglazen
  Dit zijn speciale, gekleurde glazen met een medische filter die bepaalde delen van licht filteren, maar geen zonnebrillen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Wettelijke eigen bijdrage van contactlenzen met visuscorrectie
- Wettelijke eigen bijdrage van gekleurde en ingekleurde contactlenzen
  Dit zijn speciale handgekleurde en op maat gemaakte contactlenzen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig. Gekleurde lenzen voor cosmetische doeleinden vallen hier niet onder.
- Wettelijke eigen bijdrage van bandagelenzen met visuscorrectie
  Dit zijn speciale lenzen om het oog te beschermen. De lenzen blijven, tenzij anders aangegeven, gedurende een bepaalde periode dag en nacht in uw oog. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Wettelijke eigen bijdrage van scleralenzen met visuscorrectie
  Een scleralens is een grote harde lens in de vorm van een hoedje. De lens rust op het oogwit en maakt geen contact met het hoornvlies, zoals normale lenzen dat wel doen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 75 maximaal, per 2 jaar voor onderstaande zorg samen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor brillenglazen met visuscorrectie (artikel D.4.7.a./D.4.7.b./D.4.7.c.), bijbehorend montuur (artikel D.4.7.a./D.4.7.b./D.4.7.c.)encontactlenzen met visuscorrectie (artikel D.4.7.a./D.4.7.b./D.4.7.c.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De brillenglazen en contactlenzen zijn op sterkte en dienen voor visuscorrectie; ook nachtlenzen dienen voor visuscorrectie
- De rekening moet voldoende gespecificeerd zijn; op de rekening moet minimaal uw naam staan plus de sterkte en/of visuscorrigerende werking.
- Ongebruikte vergoedingen uit een bepaalde periode gaan niet mee naar de volgende periode
  Als u in een periode (bijvoorbeeld 2 jaar) geen rekening indient, gaat het ongebruikte bedrag uit die periode niet mee naar een volgende periode. De periode waarin u recht heeft op vergoeding gaat in op 1 januari van het jaar waarin u heeft aangeschaft en gedeclareerd.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Brilmontuur dat niet tegelijk met de glazen is aangeschaft
- Niet-optische middelen zoals een brillenkoker of lenzenvloeistof

- Serviceovereenkomst
- Verzekeringen
- Optische middelen niet op sterkte
- Het slijpen of overzetten van brillenglazen
- Bijkomende kosten

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor ooglaseren (artikel D.1.4.)enlensimplantatie (artikel D.1.4.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt de zorg niet vergoed uit de basisverzekering

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor wettelijke eigen bijdrage vanbrillenglazen (artikel B.17.11.), filterglazen (artikel B.17.11.), contactlenzen met visuscorrectie (artikel B.17.11.), gekleurde en ingekleurde contactlenzen (artikel B.17.11.), bandagelenzen met visuscorrectie (artikel B.17.11.)enscleralenzen met visuscorrectie (artikel B.17.11.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Spoedzorg in het buitenland (artikel D.14.a.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Boventarief kosten
  Uw verzekering geeft werelddekking. Dit betekent dat u buiten Nederland verzekerd bent voor dezelfde zorg en dezelfde omvang als binnen Nederland volgens de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse tarieven blijft er een 'boventarief' over; deze vergoeding gaat over de 'boventarief kosten'.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% van het gedeclareerde tarief buiten Nederland of uw woonland, dit is inclusief de vergoeding uit uw basisverzekering.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
    Het gaat om medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. Daarbij bent u voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen in het buitenland.
    Bent u zonder onderbreking langer dan 365 dagen in het buitenland dan gaan wij ervan uit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365e dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering maar deze vergoedt de kosten niet volledig
- U krijgt de kosten niet volledig vergoed uit een andere (reis)verzekering
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar
- U moet contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Voor een eenmalig bezoek bij een arts of apotheek hoeft u geen contact op te nemen met de hulpdienst
- U moet volledig meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Mondzorg bij spoed in het buitenland (artikel D.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Mondzorg in het buitenland

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van € 250 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
    Het gaat om medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. Daarbij bent u voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen in het buitenland.
    Bent u zonder onderbreking langer dan 365 dagen in het buitenland dan gaan wij ervan uit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365e dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt de kosten niet volledig vergoed uit een andere (reis)verzekering
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar
- U moet contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Voor een eenmalig bezoek bij een arts of apotheek hoeft u geen contact op te nemen met de hulpdienst
- U moet volledig meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Repatriëring bij ziekte (artikel D.14.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Repatriëring van zieke verzekerde uit het buitenland
  Inclusief medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige.
  Het gaat om ziekenvervoer van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland of uw woonland.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:

- Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
  Het gaat om medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. Daarbij bent u voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen in het buitenland.
  Bent u zonder onderbreking langer dan 365 dagen in het buitenland dan gaan wij ervan uit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365e dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden?

- Repatriëring moet medisch noodzakelijk zijn
  De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat wij vinden dat één van deze situaties voor u geldt:
  - de juiste medische behandeling is in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar of is niet goed mogelijk en in Nederland (of het land waar u woont) wel;
  - behandeling is in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord;
  - behandeling is in het buitenland ter plaatse veel duurder is dan behandeling in Nederland (of het land waar u woont).
- U krijgt de kosten niet volledig vergoed uit een andere (reis)verzekering
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar
- U moet contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Voor een eenmalig bezoek bij een arts of apotheek hoeft u geen contact op te nemen met de hulpdienst
- U moet volledig meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kosten van een repatriëring die niet medisch noodzakelijk is
  Als u bijvoorbeeld met een gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, dan worden de kosten daarvan niet vergoed. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.
- Vervoer van stoffelijk overschot
  Vanuit dit artikel vergoeden we niet de kosten die rechtstreeks samenhangen met het vervoer van het stoffelijk overschot uit het land van overlijden (buitenland) terug naar Nederland (of het land waar u woont). Het gaat dan om de kosten om het stoffelijk overschot te bewaren, te verzorgen en gereed te maken voor vervoer, kosten van het vervoer zelf en ook overheidskosten, zoals leges en rechten.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Vervoer stoffelijk overschot (artikel D.14.f.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Vervoer van stoffelijk overschot
  Kosten die rechtstreeks samenhangen met het vervoer van het stoffelijk overschot uit het land van overlijden (buitenland) terug naar Nederland (of het land waar u woont). Het gaat dan om de kosten om het stoffelijk overschot te bewaren, te verzorgen en gereed te maken voor vervoer, kosten van het vervoer zelf en ook overheidskosten, zoals leges en rechten.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U was tijdelijk in het buitenland.
    Dit geldt voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen in het buitenland. Was u langer dan 365 dagen in het buitenland dan gaan wij er vanuit dat u daar woonde en dat u daar niet tijdelijk verbleef.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt de kosten niet volledig vergoed uit een andere (reis)verzekering
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok
- Uw nabestaanden moeten contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten
- Uw nabestaanden moeten volledig meewerken aan de zorgverlening en zich houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moeten uw nabestaanden meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Toezending medicijnen en hulpmiddelen (artikel D.14.g.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Toezending van noodzakelijke medicijnen en hulpmiddelen. Dit betreft de kosten van het verzenden zoals bijvoorbeeld de kosten van een koerier

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
    Het gaat om medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. Daarbij bent u voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen in het buitenland.
    Bent u zonder onderbreking langer dan 365 dagen in het buitenland dan gaan wij ervan uit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365e dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt de kosten niet volledig vergoed uit een andere (reis)verzekering
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok

- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar

Wat krijgt u niet vergoed?
- Aanschafkosten van medicijnen en hulpmiddelen; deze zijn vanuit andere artikelen verzekerd.
- Bijkomende kosten bij verzending van medicijnen en hulpmiddelen zoals kosten van douaneheffing of retourvracht van toegezonden medicijnen en hulpmiddelen

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Communicatie kosten (artikel D.14.h.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Kosten van (tele)communicatie met onze hulpdienst voor het verkrijgen van de noodzakelijke zorg

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 350 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
    Het gaat om medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. Daarbij bent u voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen in het buitenland.
    Bent u zonder onderbreking langer dan 365 dagen in het buitenland dan gaan wij ervan uit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365e dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt de kosten niet volledig vergoed uit een andere (reis)verzekering
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medisch advies door hulpdienst (artikel D.14.i.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Medisch advies door het medische team van onze hulpdienst voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
    Het gaat om medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. Daarbij bent u voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen in het buitenland.
    Bent u zonder onderbreking langer dan 365 dagen in het buitenland dan gaan wij ervan uit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365e dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt de kosten niet volledig vergoed uit een andere (reis)verzekering
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar
- U moet contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Voor een eenmalig bezoek bij een arts of apotheek hoeft u geen contact op te nemen met de hulpdienst
- U moet volledig meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Diëtetiek

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Diëtetiek (artikel D.18.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Diëtetiek met een geneeskundig doel

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 150 maximaal, per jaar, bovenop de vergoeding uit de basisverzekering, we vergoeden eerst uit de basisverzekering en daarna uit uw aanvullende verzekering.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Vergoeding uit de basisverzekering gaat voor op deze vergoeding
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Diëtist.
  Uw zorgverlener heeft als diëtist de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Diëtetiek gelijktijdig met Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) bij dezelfde indicatie
- Voedingsmiddelen en dieetpreparaten
  Ook niet als de diëtist deze voorschrijft. Voor dieetpreparaten zie artikel 'Dieetpreparaten'.
- Diëtetiek zonder geneeskundig doel, zoals dieetadvies voor afslanken of sport

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Ergotherapie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Ergotherapie (artikel D.17.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Ergotherapie
  Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling met als doel om uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 2 uur maximaal, per jaar, bovenop de vergoeding uit de basisverzekering, we vergoeden eerst uit de basisverzekering en daarna uit uw aanvullende verzekering.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Behandeling kan bij u thuis als dat noodzakelijk is en de noodzaak in uw dossier is vastgelegd

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Ergotherapeut.
  Uw zorgverlener heeft als ergotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Waar vindt de behandeling plaats?
- De praktijk van de behandelend zorgverlener
- De behandelruimte ergotherapie in een instelling
  Behandeling in de behandelruimte ergotherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen, zonder dat sprake is van een opname.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Instructie aan en begeleiding van mantelzorgers bij ergotherapie (artikel D.17.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Instructie aan en begeleiding van mantelzorgers bij ergotherapie

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 2 uur maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt mantelzorg en bent bij ons verzekerd voor ergotherapie
  De mantelzorger hoeft niet bij ons of niet voor deze mantelzorgvergoeding verzekerd te zijn. Bent u allebei verzekerd voor instructie voor mantelzorgers? Dan wordt de instructie eerst vergoed vanuit de aanvullende verzekering van degene die mantelzorg krijgt en daarna vanuit de aanvullende verzekering van de mantelzorger.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Ergotherapeut.
  Uw zorgverlener heeft als ergotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Fysiotherapie en oefentherapie (artikel D.16.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie
  Hieronder verstaan we fysiotherapie, oefentherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie of oefentherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck
- Oedeemfysiotherapie
- Bekkenfysiotherapie
  Specialistische fysiotherapie gericht op behandeling van bekkenbodemproblemen.
- Gesuperviseerde looptherapie bij etalagebenen
  Deze fysiotherapie bevordert uw zelfmanagement zodat u zelfstandig kunt oefenen en is gericht op:
  ○ het beperken van de klachten door verminderde zuurstof in de benen en
  ○ het verminderen van de risicofactoren van aderverkalking.
- Gesuperviseerde oefentherapie bij artrose
  Deze fysiotherapie bevordert uw zelfmanagement zodat u zelfstandig kunt oefenen.
- Fysiotherapie of oefentherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een (tijdelijke) klacht of blessure.
    In de meeste gevallen gaat het bij fysiotherapie het om de aanleiding kortdurende, acute klacht. Twijfelt u? Vraag dan uw fysio- of oefentherapeut of behandeld arts.

Wat zijn de voorwaarden?
- Vergoeding uit de basisverzekering gaat voor op deze vergoeding
- Bij fysiotherapie en oefentherapie beschouwen wij een screening als één behandeling.
- Het genoemde aantal behandelingen of het genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft een verwijzing nodig als u thuis fysiotherapie of oefentherapie krijgt
  Bij fysiotherapie of oefentherapie thuis heeft u vooraf een verwijzing nodig waar op staat waarom u een behandeling thuis nodig heeft. Deze zorgverleners mogen de verwijzing geven:
  - huisarts;
  - arts verstandelijk gehandicapten;
  - specialist ouderengeneeskunde;
  - jeugdarts;
  - tandarts;
  - physician assistant;
  - verpleegkundig specialist;
  - bedrijfsarts; of
  - medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?
- Oedeemfysiotherapie als gevolg van een cosmetische ingreep
- Littekenbehandeling als gevolg van een cosmetische ingreep
- Littekenbehandeling na normaal wondherstel
  Wij beoordelen of sprake is van normaal wondherstel.
- Sportmassage

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Meeneemservice voor fysiotherapie en oefentherapie (artikel D.16.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie en oefentherapie
  Hieronder verstaan we fysiotherapie, oefentherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie of oefentherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck
- Bekkenfysiotherapie
  Specialistische fysiotherapie gericht op behandeling van bekkenbodemproblemen.
- Gesuperviseerde looptherapie bij etalagebenen
  Deze fysiotherapie bevordert uw zelfmanagement zodat u zelfstandig kunt oefenen en is gericht op:
  ○ het beperken van de klachten door verminderde zuurstof in de benen en
  ○ het verminderen van de risicofactoren van aderverkalking.
- Gesuperviseerde oefentherapie bij artrose
  Deze fysiotherapie bevordert uw zelfmanagement zodat u zelfstandig kunt oefenen.
- Fysiotherapie of oefentherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 9 ongebruikte behandelingen maximaal.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- U moet minimaal 1 jaar voor de meeneemservice verzekerd zijn
  Met uw aanvullende verzekering neemt u niet-gebruikte behandelingen mee naar een volgend polisjaar. Hiervoor moet u minstens 1 jaar voor deze ‘meeneemservice’ verzekerd zijn.
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering zonder meeneemservice, behoudt u nog 1 jaar de meegenomen behandelingen van het jaar daarvoor
  U moet dan wel een aanvullende verzekering hebben waarin fysiotherapie is opgenomen.
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering zonder de meeneemservice en zonder vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie dan neemt u geen behandelingen mee naar een volgend polisjaar
- De meegenomen behandelingen worden als eerste gebruikt. Daarna worden de behandelingen uit uw huidige aanvullende verzekering gebruikt
  De meegenomen behandelingen die niet zijn gebruikt, vervallen het jaar daarop.
- Wijzigingen in aantal behandelingen die door ons zijn doorgevoerd op uw aanvullende verzekering hebben geen invloed op uw overgenomen behandelingen
- Het gaat om behandelingen die u voorgaand polisjaar niet heeft gebruikt

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Lichttherapie bij winterdepressie (artikel D.6.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Lichttherapie
  Het gaat om huur- of aanschafkosten voor de benodigde apparatuur. U kunt de apparatuur ook in bruikleen krijgen.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 250 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U lijdt aan winterdepressie.

Wat zijn de voorwaarden?
- De apparatuur voor de therapie heeft een volspectrumlicht met een intensiteit van 10.000 lux

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Psychiater of psychotherapeut

Waar vindt de behandeling plaats?
- Bij u thuis

Wat krijgt u niet vergoed?
- Lichttherapiebril
  Deze heeft geen intensiteit van 10.000 lux.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Traumaverwerking bij arbeidsgerelateerde gebeurtenis (artikel D.6.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Traumaverwerking
  De eerste opvang en verwerking meteen na het trauma als u direct betrokken bent bij één van deze situaties:
  - een overval, een gijzeling of agressie; of
  - een ongeval waarbij zich letselschade voordoet of bij plotseling overlijden (bijvoorbeeld bij zelfdoding); of
  - ongewenste omgangsvormen.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een schokkende arbeidsgerelateerde gebeurtenis (trauma) meegemaakt.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het trauma was onverwacht waardoor u (tijdelijk) zo uit balans bent dat normaal dagelijks functioneren niet meer mogelijk is
- Het trauma heeft te maken met de uitvoering van uw werkzaamheden
- De gebeurtenis moet aantoonbaar zijn
- De schokkende gebeurtenis moet in Nederland hebben plaatsgevonden

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Door ons erkende of gecontracteerde instelling voor traumaverwerking.
  De instelling is gespecialiseerd in psychosociale hulpverlening bij traumatische gebeurtenissen.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Huidtherapieën

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Ontharing (artikel D.10.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Ontharing
  Verwijderen van extreme haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht of in de hals.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 200 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Behandeling door lasertechniek moet onder de verantwoordelijkheid van een dermatoloog of huidtherapeut gedaan worden
  De dermatoloog of huidtherapeut moet deze zorg dan ook declareren.
- Op de rekening staat welke ontharingstechniek is gebruikt

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Schoonheidsspecialiste geregistreerd in het SKIN register met specialisatie elektrisch ontharen of ontharingstechnieken.
  Als wij in de loop van het jaar andere registers erkennen, kunt u deze bij de betreffende zorg vinden op onze website. De zorg wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.

- Huidtherapeut.
  Heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van een behandeling een geldige AGB-code.
- Dermatoloog.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Behandelingen met harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen
- Cosmetische behandelingen
  Behandelingen die alleen gericht zijn op verfraaiing van het uiterlijk.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Acnebehandeling (artikel D.10.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Acnebehandeling
  Behandeling van ernstige acne vulgaris in het gezicht of in de hals.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 150 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Behandeling door lasertechniek moet onder de verantwoordelijkheid van een dermatoloog of huidtherapeut gedaan worden
  De dermatoloog of huidtherapeut moet deze zorg dan ook declareren.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Schoonheidsspecialiste geregistreerd in het SKIN register met specialisatie acne.
  Als wij in de loop van het jaar andere registers erkennen, kunt u deze bij de betreffende zorg vinden op onze website. De zorg wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.
- Huidtherapeut.
  Heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van een behandeling een geldige AGB-code.
- Dermatoloog.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Behandeling van acne rosacea
- Cosmetische behandelingen
  Behandelingen die alleen gericht zijn op verfraaiing van het uiterlijk.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Camouflagetherapie (artikel D.10.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Camouflagetherapie
  De zorg bestaat uit camouflagelessen en de kosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 150 maximaal, eenmaal per verzekerde.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U leert hoe u wijnvlekken, littekens of andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht of de hals kunt camoufleren.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Schoonheidsspecialiste geregistreerd in het SKIN register met specialisatie camouflage.
  Als wij in de loop van het jaar andere registers erkennen, kunt u deze bij de betreffende zorg vinden op onze website. De zorg wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.
- Huidtherapeut.
  Heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van een behandeling een geldige AGB-code.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Camouflagemiddelen die u gebruikt buiten en na de camouflagelessen.
- Cosmetische behandelingen
  Behandelingen die alleen gericht zijn op verfraaiing van het uiterlijk.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Hulpmiddelen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Hoofdbedekking anders dan pruik (artikel D.4.4.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Andere vorm van hoofdbedekking dan een pruik of haarwerk

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 75 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- U mag zelf kiezen waar u het hulpmiddel koopt.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom }) (begrippen)

Aansluitkosten en abonnementskosten voor persoonsalarmering op sociale indicatie (artikel D.4.16.a.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Aansluitkosten en abonnementskosten van persoonsalarmering op sociale indicatie

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 150 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een sociale indicatie.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch speciaalzaak.
- Thuiszorgwinkel.
- Organisatie persoonsalarmering.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Wettelijke eigen bijdrage en/of bedrag dat uitkomt boven maximale vergoeding van de basisverzekering voor hulpmiddelen (artikel D.4.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Wettelijke eigen bijdrage van allergeenvrije schoenen
- Wettelijke eigen bijdrage van orthopedische schoenen
- Wettelijke eigen bijdrage van haarwerken/pruiken
- Wettelijke eigen bijdrage van hoortoestellen en maskeerders
- Wettelijke eigen bijdrage van filterglazen
  Dit zijn speciale, gekleurde glazen met een medische filter die bepaalde delen van licht filteren, maar geen zonnebrillen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Wettelijke eigen bijdrage van contactlenzen met visuscorrectie

- Wettelijke eigen bijdrage van scleralenzen met visuscorrectie
  Een scleralens is een grote harde lens in de vorm van een hoedje. De lens rust op het oogwit en maakt geen contact met het hoornvlies, zoals normale lenzen dat wel doen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Wettelijke eigen bijdrage van bandagelenzen met visuscorrectie
  Dit zijn speciale lenzen om het oog te beschermen. De lenzen blijven, tenzij anders aangegeven, gedurende een bepaalde periode dag en nacht in uw oog. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Wettelijke eigen bijdrage van gekleurde en ingekleurde contactlenzen
  Dit zijn speciale handgekleurde en op maat gemaakte contactlenzen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig. Gekleurde lenzen voor cosmetische doeleinden vallen hier niet onder.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 500 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage

Wat krijgt u niet vergoed?
- Luxe uitvoering van het hulpmiddel of extra's buiten de wettelijke eigen bijdrage of de maximale vergoeding

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Aankoopkosten plaswekker (artikel D.4.6.), huurkosten plaswekker (artikel D.4.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Plaswekker met noodzakelijke toebehoren

Wat is uw vergoeding?
- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
  - Voor aankoopkosten plaswekker: 100% maximaal, eenmaal per verzekerde.
  - Voor huurkosten plaswekker: 4 maanden maximaal, eenmaal per verzekerde.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor aankoopkosten plaswekker (artikel D.4.6.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Bijbehorende broekjes (maximaal 3) worden alleen vergoed bij de eerste aanschaf of huur

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch speciaalzaak.
- Thuiszorgwinkel.

- Apotheek.
  Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor huurkosten plaswekker (artikel D.4.6.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Bijbehorende broekjes (maximaal 3) worden alleen vergoed bij de eerste aanschaf of huur

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch speciaalzaak.
- Thuiszorgwinkel.
- Apotheek.
  Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Steunzolen en voetzorg hulpmiddelen (artikel D.4.8. / D.4.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Steunzolen van een orthopedisch schoenmaker of orthopedisch instrumentmaker
  Het gaat om individueel gemaakte steunzolen. Hieronder valt het aanmeten, de aanschaf en reparatie.
- Voetzorg hulpmiddelen zoals zooltjes van een podotherapeut of podoloog, tape, drukverband, nagelprotheses en nagelbeugels
  Het gaat om de aanschaf en reparatie van de hulpmiddelen.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 150 maximaal, per jaar voor onderstaande zorg samen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor steunzolen van een orthopedisch schoenmaker of orthopedisch instrumentmaker (artikel D.4.8.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Orthopedisch schoenmaker.
  Door ons erkend of voor deze zorg gecontracteerd.
- Orthopedisch instrumentmaker.
  Door ons erkend of voor deze zorg gecontracteerd.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Zooltjes van een podotherapeut of podoloog
  Deze vallen onder het artikel 'Voetzorg hulpmiddelen'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor voetzorg hulpmiddelen zoals zooltjes van een podotherapeut of podoloog, tape, drukverband, nagelprotheses en nagelbeugels (artikel D.4.9.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U bent bij ons verzekerd voor de behandeling door een podotherapeut, podoloog of pedicure op grond waarvan de hulpmiddelen zijn voorgeschreven en geleverd

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Podotherapeut, podoloog of pedicure

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Podotherapeut.
  Degene die als podotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici en lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).
- Register-podoloog
  Degene die als register-podoloog geregistreerd staat in het Kabiz of het (de) door ons aangewezen register(s), en een praktijk heeft als register-podoloog.
- Medisch pedicure.
  Een pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als medisch pedicure.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging
  Bijvoorbeeld voor het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging.
- Steunzolen van een orthopedisch schoenmaker of de orthopedisch instrumentmaker
  Deze vallen onder het artikel 'Steunzolen'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Thuisbewakingsmonitor (artikel D.4.10.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Thuisbewakingsmonitor

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 12 maanden maximaal, eenmaal per verzekerde.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Binnen het gezin is eerder sprake geweest van wiegendood.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Een kinderarts heeft vastgesteld dat een thuisbewakingsmonitor medisch noodzakelijk is

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in bruikleen }) (begrippen)

Braces en bandages (artikel D.4.18.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Brace en bandage

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 150 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U heeft geen medische indicatie voor de brace of de bandage vanuit de basisverzekering

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- U mag zelf kiezen waar u het hulpmiddel koopt.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Alarmering bij epilepsie (artikel D.4.20.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Bedmatje dat ernstige epilepsie (tonische/clonische) aanvallen detecteert en alarmeert

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft ernstige epilepsie.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Neuroloog van een gespecialiseerd epilepsiecentrum
  Deze zorgverlener moet aangeven dat sprake is van een zo ernstige mate van epilepsie, dat het bedmatje als alarmeringsmiddel is aangewezen.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- U mag zelf kiezen waar u het hulpmiddel koopt.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Redressiehelm (artikel D.4.21.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Redressiehelm

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Er is sprake van plagiocefalie of brachycefalie (scheve schedel of brede schedel) zonder craniosynostose (samengroeiing van schedelbeenderen).

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Medisch specialist

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- U mag zelf kiezen waar u het hulpmiddel koopt.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Aangepaste lingerie (artikel D.4.22.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Aangepaste lingerie: speciaal aangepaste (borstprothese) bh en speciaal aangepaste (borstprothese) zwemkleding

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 90 maximaal, eenmaal per verzekerde.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een borstamputatie (geheel of gedeeltelijk) ondergaan, eventueel met borstreconstructie.

Wat zijn de voorwaarden?
- Aanschafdatum van de aangepaste kleding moet liggen binnen 36 maanden na de borstamputatie
  Het kan gaan om één of om meerdere bh's en/of zwempakken. Deze kunnen bij één of bij meerdere winkels zijn gekocht op dezelfde dag of op verschillende datums.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- U mag zelf kiezen waar u het hulpmiddel koopt.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Mantelzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Mantelzorgcursus (artikel D.24.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Mantelzorgcursus
  Mantelzorg is onbetaalde en vaak langdurige zorg voor zieke familieleden of vrienden. Het kan gaan om verzorging of hulp bij dagelijkse activiteiten.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 150 maximaal, eenmaal per verzekerde.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van de cursus

- Als de mantelzorger én degene die mantelzorg ontvangt, verzekerd zijn voor deze zorg:
  komt de vergoeding eerst uit de aanvullende verzekering van de ontvanger van de zorg en pas daarna uit de aanvullende verzekering van de mantelzorger.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Thuiszorgorganisatie.
  Instelling die verpleging en verzorging bij de verzekerde thuis kan leveren.
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD).
- Landelijke of regionale patiëntenvereniging.
- Vereniging MantelzorgNL.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Arbeids- of bezigheidstherapie
- Beweegprogramma ter voorkoming van ziekte of behoud en bevordering van uw gezondheid
  Dit programma vergoeden we niet uit dit artikel maar uit het artikel 'Beweegprogramma'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Mantelzorgvervanging (artikel D.24.2.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Tijdelijke mantelzorgvervanging
  Mantelzorg is onbetaalde en vaak langdurige zorg voor zieke familieleden of vrienden. Het kan gaan om verzorging of hulp bij dagelijkse activiteiten.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 2.250 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De mantelzorger of ontvanger van de mantelzorg heeft een aanvullende verzekering die recht geeft op deze vergoeding
  De mantelzorger is degene die mantelzorg verleent.
- Als de mantelzorger én degene die mantelzorg ontvangt, verzekerd zijn voor deze zorg:
  komt de vergoeding eerst uit de aanvullende verzekering van de ontvanger van de zorg en pas daarna uit de aanvullende verzekering van de mantelzorger.
- U kunt zonder mantelzorg niet zelfstandig thuis functioneren vanwege uw langdurige (chronische) ziekte, aandoening of verslechterde gezondheidstoestand
- De mantelzorger kan voor korte periode geen mantelzorg verlenen
  Het gaat dan om verlof, vakantie of opname voor een planbare operatie van de mantelzorger.
- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van de mantelzorgvervanging

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Door ons erkende of gecontracteerde landelijk werkende organisatie mantelzorg.
  Deze organisatie kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Mantelzorgvervanging als u in een instelling verblijft met een Wlz-indicatie.
- Tijdelijke opname, logeeropvang of ondersteuning op een andere locatie dan in de thuissituatie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Mantelzorgmakelaar (artikel D.24.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Mantelzorgmakelaar

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 7 uur maximaal, eenmaal per verzekerde.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Om de zorg te regelen, neemt u vooraf contact op met ons Zorgteam.
  Het Zorgteam beoordeelt in een adviesgesprek of u voor vergoeding in aanmerking komt.
- Heeft u meerdere verzekeringen met een vergoeding voor deze zorg? Dan ontvangt u eenmaal de hoogste vergoeding. Als de vergoeding in beide verzekeringen gelijk is, krijgt u uw vergoeding uit één van die verzekeringen.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Door ons Zorgteam ingeschakelde externe mantelzorgmakelaar.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medicijnen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Wettelijke eigen bijdrage GVS voor anticonceptie medicijnen (artikel D.3.2.a.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Wettelijke eigen bijdrage van anticonceptie medicijnen die u volgens het GVS zelf moet betalen

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 21 jaar: vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Wettelijke eigen bijdrage GVS voor alle medicijnen (behalve anticonceptie) (artikel D.3.2.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Wettelijke eigen bijdrage van alle medicijnen die u volgens het GVS zelf moet betalen (behalve anticonceptie)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 150 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Anticonceptie (medicijnen en hulpmiddelen) (artikel D.3.5.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Anticonceptie in tabletvorm (de pil)
- Anticonceptie medicijnen uit het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en anticonceptie hulpmiddelen

Wat is uw vergoeding?
- U bent 21 jaar of ouder: vergoeding van € 200 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Het gaat om anticonceptie medicijnen of hulpmiddelen die volgens de basisverzekering tot 21 jaar worden vergoed
  Omdat u 21 of ouder bent, krijgt u op grond van de basisverzekering geen vergoeding voor de anticonceptie medicijnen of hulpmiddelen.
- De medicijnen zijn opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand)
- De medicijnen zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)
- Het is mogelijk dat voor uw medicijn ons voorkeursbeleid van toepassing is
  Meer informatie over voorkeursmedicijnen vindt u in het artikel 'Medicijnen die zijn opgenomen in het GVS'.

- Uw huisarts plaatst het anticonceptiemiddel
  Als een medisch specialist het hulpmiddel plaatst, valt het onder het artikel 'Medisch specialistische zorg'.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Physician assistant

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Apotheek.
  Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheekhoudend (huis)arts.
  Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Internetapotheek.
  Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl er een gelijkwaardig en geschikt medicijn is dat wel op de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen staat
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om, behalve bij een spoedeisende situatie
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Sterilisatie (zaadleiders) (artikel D.1.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Sterilisatie (zaadleiders)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 400 maximaal.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze geen onderdeel zijn van de DBC declaratie

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Arts

- Arts verstandelijk gehandicapten

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Huisarts.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). De zorg kan ook geleverd worden onder verantwoordelijkheid van een huisarts.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Sterilisatie (eileiders) (artikel D.1.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Sterilisatie (eileiders)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 1.250 maximaal.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze geen onderdeel zijn van de DBC declaratie

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Arts
- Arts verstandelijk gehandicapten

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Flapoorcorrectie (artikel D.1.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Flapoorcorrectie (correctie van de oorstand)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% maximaal, eenmaal per verzekerde.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze geen onderdeel zijn van de DBC declaratie

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft afstaande oren.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Arts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Jeugdarts

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Behandeling tegen snurken (artikel D.1.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Anti-snurkbehandeling

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze geen onderdeel zijn van de DBC declaratie

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft last van snurken.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Hulpmiddelen tegen snurken

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Vervanging borstprothese (artikel D.1.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- De vervanging van een borstprothese

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze geen onderdeel zijn van de DBC declaratie

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
    Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door objectief onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Bijvoorbeeld onbehandelbare, continu aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
  - U heeft een verminking die is ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.
    Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het gaat om vervanging van borstprothese(n) in andere situaties dan na borstamputatie of bij (volledig) ontbreken van borstontwikkeling bij de vrouw (agenesie/aplasie)
  Vervanging in die situaties kan uit de basisverzekering vergoed worden. Zie artikel 'Plastische chirurgie'.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Bevoegde zorgverlener van een ziekenhuis of Z.B.C.
  Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza):

- ○ een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
- ○ een algemeen ziekenhuis
- ○ een categoraal ziekenhuis (ziekenhuis met één of enkele medische specialismen, zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis);
- ○ een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Wettelijke eigen bijdrage voor volledig boven- en/of ondergebit (P of J-code) (artikel D.8.3.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit
  Het gaat hierbij om één van deze soorten kunstgebit zonder implantaten:
  - ○ uitneembare volledige kunstgebit (conventionele gebitsprothese) voor boven- en/of onderkaak;
  - ○ tijdelijke volledig kunstgebit;
  - ○ uitneembare volledige vervangingsprothese;
  - ○ uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen) voor de boven- en/of onderkaak.
- Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met kunstgebit op implantaten (klikgebit) voor de andere kaak
  Uitneembare volledige conventionele gebitsprothese samen met volledige overkappingsprothese op implantaten op de andere kaak. Deze kosten worden gedeclareerd met code J080. Hierbij hoort het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de bovenkaak
  Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de bovenkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de onderkaak
  Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Mesostructuur onder- of bovenkaak
  Deze hoort bij de combinatie van een kunstgebit voor de ene kaak samen met een kunstgebit op implantaten voor de andere kaak.
- Reparatie en opvullen (rebasen) van volledig kunstgebit (uitneembare volledige overkappingsprothese)

Wat is uw vergoeding?

- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van € 200 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Kroon, brug en inlay (R-code) (artikel D.8.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Kroon, brug of inlay
  Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van € 500 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg wordt gedeclareerd met met prestatiecode R
  Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Tandarts

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Orthodontie (artikel D.8.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Orthodontie
  Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, na een wachttijd van 365 dagen: vergoeding van € 2.000 maximaal, 70% per behandeling, zolang u bij ons deze aanvullende verzekering heeft.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg wordt gedeclareerd met prestatiecode F
  Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking orthodontie, door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter F, eindigen met de letter A en 3 cijfers daar tussenin. Bijvoorbeeld F121A voor 'eerste consult'.
  Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een * toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Tandarts

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Orthodontist.
  De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A*)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Orthodontie (artikel D.8.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Orthodontie
  Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van € 250 maximaal, zolang u bij ons deze aanvullende verzekering heeft.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg wordt gedeclareerd met prestatiecode F
  Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking orthodontie, door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter F, eindigen met de letter A en 3 cijfers daar tussenin. Bijvoorbeeld F121A voor 'eerste consult'.
  Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een * toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Tandarts

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

- Orthodontist.
  De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A*)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Mondzorg bij ongeval (artikel D.8.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Mondzorg na een ongeval
  De zorg omvat mondzorg (kronen, bruggen, inlays, kunstgebit, implantaten en overige mondzorg) als er sprake is van ongevallenzorg.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 20.000 maximaal, per ongeval.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een ongeval gehad.
    Zie het begrip Ongeval.

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg is noodzakelijk als direct gevolg van een ongeval
  De zorg is noodzakelijk naar de normen van de beroepsgroep van de betreffende zorgverleners.
- De zorg is niet spoedeisend
- De zorg is nodig om uw gebit te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval
  Als volledig herstel niet mogelijk is, dan gaat het om de zorg waardoor naar de stand van wetenschap en praktijk dit herstel redelijkerwijs benaderd wordt.
- Op het moment van het ongeval en van de behandeling bent u bij ons verzekerd voor deze ongevallenzorg
  U of de zorgverlener stuurt ons zo snel mogelijk na het ongeval een verklaring dat er een ongeval was met de datum daarvan. Ook staat in de verklaring dat de zorg noodzakelijk is als direct gevolg van dit ongeval. Wij moeten de verklaring hebben voordat de behandeling start.
  Als u een politierapportage (proces-verbaal) heeft waarin de datum en de toedracht van het ongeval staat, stuurt u die ook naar ons.
- De behandeling is binnen 2 jaar na het ongeval afgerond
  Behalve als het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- De zorg wordt gedeclareerd met alle prestatiecodes, behalve code F
  Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.

- Heeft u meerdere verzekeringen met een vergoeding voor mondzorg bij ongevallen? Dan ontvangt u eenmaal de hoogste vergoeding. Als de vergoeding in beide verzekeringen gelijk is, krijgt u uw vergoeding uit één van die verzekeringen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Tandarts

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval
- Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring hoort een schriftelijk definitief of voorlopig behandelplan met bijbehorende begroting van de tandarts of kaakchirurg
  Deze is opgesteld volgens de KNMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Tandprotheticus.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)
  Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Mondzorg die (naar zijn karakter) deel uitmaakt van de basisverzekering en/of waar u een akkoordverklaring voor nodig heeft
  Het gaat in ieder geval om deze prestatiecodes:
  - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
  - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje, bijvoorbeeld met lachgas);
  - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
  - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
  - A30: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
  - U05*, X06, X731* en X831*: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
  - X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
  - H36, H37*, H38* en H39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- Uitgestelde zorg na het ongeval of als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde of kaakchirurgie
  Deze vallen onder de dekking van de basisverzekering. Zie artikelen Medisch specialistische zorg en Mondzorg.
- Orthodontie (prestatiecode F)
- Uitwendig bleken van tanden (code E97)
- Myofunctionele apparatuur (code G74*) of een consult myofunctionele therapie (code G76*) bijvoorbeeld Trainers.
- Behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*)

- Zorg die nodig is door gebrek aan onderhoud of verzorging van uw gebit
- Mondzorg die nodig is na het nuttigen van voedsel of drank
- Zorg voor tanden die al ontbraken op het moment van het ongeval
- Spoedeisende mondzorg
- Zorg die u krijgt buiten het land waar u woont
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001)
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002)
- Uitwendig bleken per kaak (code K003)
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Obesitasbehandeling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Obesitas behandeling (artikel D.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Deelname aan een deeltijd dagbehandelingsprogramma voor obese patiënten

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 500 maximaal, eenmaal per verzekerde.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Uw Body Mass Index (BMI) is 40 of hoger (morbide obesitas).

Wat zijn de voorwaarden?
- Het programma moet gericht zijn op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling
- U moet het volledige programma doorlopen

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Door ons erkend of voor deze zorg gecontracteerd behandelcentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Preventie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Griepprik (artikel D.2.2.i.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Griepprik
  Preventieve inenting ter voorkoming van griep (influenza).

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 1 keer maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Een van de genoemde zorgverleners levert de entstof van de preventieve inenting. De inenting wordt door of onder verantwoordelijkheid van een arts geplaatst

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Apotheek.
  Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD).
- Voor deze zorg gecontracteerde leverancier.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Inentingen op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en de Rijksvaccinatieprogramma’s

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Preventie voor reizen naar het buitenland (artikel D.2.3.e.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Preventieve inentingen, preventieve tabletten, bloedonderzoek in verband met hepatitis-B en een Mantoux-test in verband met mogelijke tuberculose
  Het gaat hierbij om al deze zorg:
  - levering van de entstof en/of medicijnen;
  - het injectiemateriaal;
  - toediening door middel van een of meerdere injecties;
  - de bijbehorende registratie/administratie (zoals een inentingsboekje of vaccinatieboekje);
  - (eventueel) bijbehorend diagnostisch (bloed)onderzoek voor de bepaling van de entstof;
  - het in rekening gebrachte consult.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 250 maximaal, per jaar voor onderstaande zorg samen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor preventieve inentingen, preventieve tabletten, bloedonderzoek in verband met hepatitis-B en een Mantoux-test in verband met mogelijke tuberculose (artikel D.2.3.e.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U reist naar het buitenland met verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Wat zijn de voorwaarden?
- De tabletten mogen voor een periode van maximaal 6 maanden worden voorgeschreven
- Het is mogelijk dat voor uw medicijn ons voorkeursbeleid van toepassing is
  Meer informatie over voorkeursmedicijnen vindt u in het artikel 'Medicijnen die zijn opgenomen in het GVS'.
- Een apotheek, GGD of een door ons erkende leverancier levert de entstof van de preventieve inentingen
  Een erkende leverancier kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.
- De Mantoux-test wordt gedaan voordat u op reis gaat
  Een Mantoux-test na uw reis kan vergoed worden uit artikel 'Overige huisartsenzorg'.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Zorginstelling die is ingeschreven en aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR), zoals een GGD.
- Huisarts die is ingeschreven in het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) of is aangesloten bij het LCR.
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis).
- Bedrijfsarts.
  Een arts die als bedrijfsarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS) en aangesloten is bij het LCR.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Inentingen op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en de Rijksvaccinatieprogramma’s
- Meerkosten bij gebruik van prikangstpoli

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Consult bij overgang, PMS of (borst)kanker (artikel D.2.5.a. / D.2.5.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Consult dat te maken heeft met, of is gericht op de overgang of PMS (premenstrueel syndroom, menstruatieklachten)
- Consult dat te maken heeft met of gericht is op (borst)kanker

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 200 maximaal, per jaar voor onderstaande zorg samen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor consult dat te maken heeft met, of is gericht op de overgang of PMS (premenstrueel syndroom, menstruatieklachten) (artikel D.2.5.a.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Overgangs- of PMS consulent die is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangs Consulenten (VVOC).
- Instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Vragen over een kinderwens (preconceptiezorg) vergoeden wij niet uit dit artikel. Zie hiervoor 'Huisartsenzorg gericht op advies onderzoek en begeleiding'

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor consult dat te maken heeft met of gericht is op (borst)kanker (artikel D.2.5.b.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Consulent die is aangesloten bij Care for Women.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voedingsadvies (artikel D.2.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Voedingsadvies bestaande uit advisering en begeleiding bij gewichtscontrole

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 200 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U bent gezond en heeft overgewicht (BMI tussen 25 en 30). Of bij uitzondering obesitas (BMI boven 30).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Gewichtsconsulent.
  Gediplomeerd en aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN).
- Diëtist.
  Uw zorgverlener heeft als diëtist de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Verblijf

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Therapeutisch kamp (artikel D.13.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Deelname aan en verblijf in een therapeutisch kamp

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van € 200 maximaal.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de startdatum van het kamp

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Een door ons erkende instelling of vereniging organiseert het kamp.
  Deze instelling of vereniging kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Logeerkosten (artikel D.13.2.a.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- De logeerkosten van een overnachting van u of uw logé(s) in één kamer in een logeerhuis

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 200 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De overnachting van u of een logé in een logeerhuis vergoeden wij als u in korte tijd meerdere keren een poliklinische behandeling ondergaat of bent opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg
- De logeerkosten vergoeden we uit de aanvullende verzekering van degene die behandeld of opgenomen wordt
  De logé hoeft niet bij ons verzekerd te zijn.

- Als er geen plaats meer is in het logeerhuis dan mag u of de logé(s) in een hotel of pension in de omgeving overnachten. Wij baseren de vergoeding op de kosten die zouden zijn gemaakt in het logeerhuis als daar wel plaats was geweest

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Logeerhuis.
  Een niet- commerciële instelling die een verbinding heeft met:
  - een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) in Nederland of uw woonland; of
  - een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) buiten uw woonland waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kosten die vergoed worden vanuit de Wmo of Wlz in verband met samenwerking met thuiszorg of kosten die vallen onder een Persoons Gebonden Budget (PGB)
- Logeerkosten die gemaakt worden in verband met een opname of behandeling in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Logeerkosten Villa ExpertCare (artikel D.13.2.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- De logeerkosten van een overnachting van uw kind bij Villa ExpertCare

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van € 200 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De logeerkosten vergoeden we uit de aanvullende verzekering van degene die behandeld of opgenomen wordt
  De logé hoeft niet bij ons verzekerd te zijn.
- Geen plaats bij Villa ExpertCare
  Als er geen plaats meer is bij Villa ExpertCare dan mag u of de logé(s) na onze goedkeuring in een hotel of pension in de omgeving overnachten. Wij baseren de vergoeding op de kosten die zouden zijn gemaakt in voor Villa ExpertCare als daar wel plaats was geweest.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Villa ExpertCare

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kosten die vergoed worden vanuit de Wmo of Wlz in verband met samenwerking met thuiszorg of kosten die vallen onder een Persoons Gebonden Budget (PGB)
- Logeerkosten die gemaakt worden in verband met een opname of behandeling in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Herstellingsoord (artikel D.13.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Herstellingsoord
  Het verblijf in een herstellingsoord of zorghotel in verband met herstel van een lichamelijke aandoening.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 1.000 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Voor het bepalen van de de vergoeding geldt de opnamedatum in het herstellingsoord
- Als er tijdens uw opname een jaarovergang is, keren wij voor die opname maximaal eenmaal het jaarbedrag uit

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Door ons erkend herstellingsoord of zorghotel

Wat krijgt u niet vergoed?
- We vergoeden de zorg in een herstellingsoord niet als u vanuit de basisverzekering al aanspraak heeft op dezelfde of vergelijkbare zorg

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Kinderopvang bij opname ouder (artikel D.13.8.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Kinderopvang bij opname

Wat is uw vergoeding?
- Vanaf de 10e dag van de opname: vergoeding van € 200 maximaal, per jaar, per gezin.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Kinderopvang geldt voor kind(eren) in uw gezin tot de leeftijd van 14 jaar
- Verzorgende ouder is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg
- Verzorgende ouder heeft bij ons een aanvullende verzekering die recht geeft op de vergoeding van kinderopvang
- Kinderopvang valt buiten de uren die u normaal al heeft geregeld, voordat sprake was van opname in een instelling voor medisch specialistische zorg

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Geregistreerd kindercentrum of geregistreerde gastouder.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Eigen bijdrage verblijf in een hospice (artikel D.13.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Eigen bijdrage voor verblijf in een hospice

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 1.000 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De persoonlijke verzorging en verpleging vindt plaats in een hospice. Een hospice waar alleen laag-complexe zorg door vrijwilligers wordt verleend, wordt ook wel 'bijna-thuis-huis' genoemd

Wat krijgt u niet vergoed?
- Eigen bijdragen huishoudelijke hulp en verpleging die op grond van de Wlz door het CAK of op grond van de Wmo bij u in rekening worden gebracht

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Vervoer

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Reiskosten ouders bij opname kind (artikel D.12.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Reiskosten naar een instelling voor medisch specialistische zorg als uw kind is opgenomen

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 200 maximaal, per jaar voor onderstaande zorg samen:
  - Vergoeding van € 0,19 maximaal, per kilometer voor reiskosten van ouders bij opname kind (voor auto).
  - Vergoeding van 100% voor reiskosten van ouders bij opname kind (openbaar vervoer 2e klasse).

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor reiskosten van ouders bij opname kind (voor auto) (artikel D.12.2.a.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De opname is medisch noodzakelijk
- De opname is in het woonland. Als dat in Nederland is, mag de opname ook in België of Duitsland zijn
  Om in aanmerking te komen voor vergoeding van reiskosten tijdens een opname in België of Duitsland is een akkoordverklaring nodig voor de opname in dat land.
- De opname duurt maximaal 365 aaneengesloten dagen en is geen dagbehandeling
- We gebruiken Routenet voor het berekenen van de ritlengte als u met de auto reist
  Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van het wettelijke woonadres van degene die is opgenomen naar het adres van de instelling. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- Uw kind bij ons verzekerd en jonger dan 18 jaar
- Verzekerd voor reiskosten voor een bezoeker én logeerkosten
  U moet kiezen welke kosten u vergoed wilt krijgen. Wij beschouwen de eerste rekening die u indient als uw keuze.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Reiskosten voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor reiskosten van ouders bij opname kind (openbaar vervoer 2e klasse) (artikel D.12.2.a.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De opname is medisch noodzakelijk
- De opname is in het woonland. Als dat in Nederland is, mag de opname ook in België of Duitsland zijn
  Om in aanmerking te komen voor vergoeding van reiskosten tijdens een opname in België of Duitsland is een akkoordverklaring nodig voor de opname in dat land.
- De opname duurt maximaal 365 aaneengesloten dagen en is geen dagbehandeling
- We gebruiken Routenet voor het berekenen van de ritlengte als u met de auto reist
  Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van het wettelijke woonadres van degene die is opgenomen naar het adres van de instelling. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- Uw kind bij ons verzekerd en jonger dan 18 jaar
- Verzekerd voor reiskosten voor een bezoeker én logeerkosten
  U moet kiezen welke kosten u vergoed wilt krijgen. Wij beschouwen de eerste rekening die u indient als uw keuze.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Reiskosten voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Wettelijke eigen bijdrage van ziekenvervoer: vervoer per auto, vervoer per taxi, per openbaar vervoer (2e klasse) of ander vervoer (artikel D.12.1.a.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Ziekenvervoer per auto
  Deze zorg omvat:
  ○ ziekenvervoer met auto over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  ○ vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.

- Ziekenvervoer per taxi
  Deze zorg omvat:
  ○ ziekenvervoer met taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  ○ vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per openbaar vervoer
  Deze zorg omvat:
  ○ ziekenvervoer met openbaar vervoer (2e klasse) over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  ○ vervoer begeleider, in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders, hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per ander vervoer
  Ziekenvervoer met een ander vervoermiddel over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, als vervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Aanvullende kilometervergoeding bij gebruik auto (artikel D.12.1.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Aanvullende kilometervergoeding voor vervoer per auto

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 0,19 maximaal, per kilometer, bovenop de vergoeding uit de basisverzekering, we vergoeden eerst uit de basisverzekering en daarna uit uw aanvullende verzekering.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- We gebruiken Routenet bij het berekenen van de ritlengte
  Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van postcode naar postcode. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- Ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfsplaats (geen ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kosten van ziekenvervoer naar verder weg gelegen plaats
  Als u voor de medisch specialistische zorg naar een andere plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is.

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer tussen uw woonland en ander land

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Taxivervoer naar medisch specialistische zorg (artikel D.12.1.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Vervoer per taxi van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg en terug

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Openbaar vervoer is medisch onverantwoord
  De behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.
- Het ziekenvervoer is nodig voor medisch specialistische zorg waarvoor u volgens uw basisverzekering of aanvullende verzekering bent verzekerd
- Het gaat om vervoer binnen Nederland of uw woonland
- Er is geen vergoeding voor vervoer uit de zorgverzekering mogelijk
- Ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfsplaats (geen ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Erkende vergunninghoudende taxivervoerder.
  Het moet gaan om een erkende (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) vergunninghoudende taxivervoerder.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kosten van ziekenvervoer naar verder weg gelegen plaats
  Als u voor de medisch specialistische zorg naar een andere plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is.
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer tussen uw woonland en ander land

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Vervoer met auto naar medisch specialistische zorg (artikel D.12.1.d.), openbaar vervoer naar medisch specialistische zorg (artikel D.12.1.d.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Vervoer per auto van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg en terug

- Vervoer per openbaar vervoer (laagste klasse) van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg en terug

Wat is uw vergoeding?
- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
  - Voor vervoer met auto naar medisch specialistische zorg: € 0,19 maximaal, per kilometer.
  - Voor openbaar vervoer naar medisch specialistische zorg: 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor vervoer met auto naar medisch specialistische zorg (artikel D.12.1.d.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Het ziekenvervoer houdt verband met medische zorg waar u volgens uw basisverzekering of aanvullende verzekering voor bent verzekerd
- Er is geen vergoeding voor vervoer uit de zorgverzekering mogelijk
- Het gaat om vervoer binnen Nederland of uw woonland
- We gebruiken Routenet bij het berekenen van de ritlengte
  Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van postcode naar postcode. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Van woonadres of verblijfplaats naar plaats van behandeling
  Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kosten van ziekenvervoer naar verder weg gelegen plaats
  Als u voor de medisch specialistische zorg naar een andere plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is.
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer tussen uw woonland en ander land

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor openbaar vervoer naar medisch specialistische zorg (artikel D.12.1.d.)

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Het ziekenvervoer houdt verband met medische zorg waar u volgens uw basisverzekering of aanvullende verzekering voor bent verzekerd
- Het gaat om vervoer binnen Nederland of uw woonland
- Er is geen vergoeding voor vervoer uit de zorgverzekering mogelijk

Heeft u een akkoordverklaring nodig?
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Van woonadres of verblijfplaats naar plaats van behandeling
  Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kosten van ziekenvervoer naar verder weg gelegen plaats
  Als u voor de medisch specialistische zorg naar een andere plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is.
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer tussen uw woonland en ander land

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voetzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Voetzorg (podologie en podotherapie) (artikel D.15.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Voetzorg (podologie en podotherapie)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 150 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft voetproblemen.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Podotherapeut.
  Degene die als podotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici en lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).
- Register-podoloog
  Degene die als register-podoloog geregistreerd staat in het Kabiz of het (de) door ons aangewezen register(s), en een praktijk heeft als register-podoloog.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Steunzolen
- Hulpmiddelen voetzorg

- Persoonlijke verzorging zoals het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging
- Behandeling bij reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen
  Deze zorg staat beschreven in het artikel 'Voetzorg bij bloedvatproblemen en/of reumatoïde artritis'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg voor de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Bevallingscursus (artikel D.19.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Bevallingscursus
  De bevallingscursus is een gezondheidscursus als voorbereiding op de bevalling.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 200 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De cursus volgt u tijdens de zwangerschap en eindigt uiterlijk 6 maanden na de bevalling
- U overhandigt ons na afloop van de de bevallingscursus een bewijs van deelname
- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van de bevallingscursus

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Zorgverlener die beroeps- of bedrijfsmatig zwangerschapscursus aanbiedt.
  - De zorgverlener of zorg verlenende instelling is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel voor het beroepsmatig of bedrijfsmatig aanbieden en geven van zwangerschapscursussen; en - de zorgverlener of zorg verlenende instelling heeft statuten en maakt gebruik van een website waaruit blijkt dat de aangeboden cursussen zich richten op de voorbereiding van de bevalling.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg tijdens de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Eigen bijdrage poliklinische bevalling (artikel D.20.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Wettelijke eigen bijdrage van eigen bijdrage poliklinische bevalling of bevalling in een geboortecentrum
  Het gaat om de kosten die u zelf moet betalen omdat deze hoger zijn dan de wettelijke maximale vergoeding uit uw basisverzekering.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke maximale vergoeding

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

TENS (artikel D.20.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Verstrekking in bruikleen van een TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 6 week.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Pijn tijdens de bevalling.

Wat zijn de voorwaarden?
- U (de biologische moeder) bent bij ons verzekerd voor deze zorg
- U zorgt goed voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft.
  U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorwaarden van de fabrikant of de zorgverlener. Hierdoor zal vervanging binnen de gebruikstermijn niet nodig zijn. Schade (kosten van reparatie of vervanging) die is ontstaan door onjuist gebruik of door uw toerekenbare onachtzaamheid, moet u zelf betalen.
  Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.
- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- U mag zelf de leverancier van de TENS kiezen.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel (zoals energieverbruik en accu´s of batterijen) en elektrodes

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in bruikleen }) (begrippen)

Zorg na de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Advies bij borstvoeding (lactatiekundige zorg) (artikel D.21.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Advies, hulp en informatie over borstvoeding (lactatiekundige zorg)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 200 maximaal, per jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U (de biologische moeder) bent bij ons verzekerd voor deze zorg

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Lactatiekundige.
  Is lid van een beroepsgroep van lactatiekundigen en gebruikt het Verwijzingsprotocol Lactatiekundige.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Wettelijke eigen bijdrage kraamzorg (artikel D.21.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Wettelijke eigen bijdrage van kraamzorg na de bevalling bij u thuis
- Wettelijke eigen bijdrage van kraamzorg na de bevalling als u kiest voor een bevalling in een ziekenhuis (open verloskamer) of geboortecentrum
  Er is geen medische indicatie geweest voor de bevalling.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100%.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Extra kraamzorg bij medische noodzaak (artikel D.21.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Extra kraamzorg bovenop het aantal uren kraamzorg uit uw basisverzekering

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 5 dagen maximaal, maximaal 3 uur per dag.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U (de biologische moeder) heeft ernstige medische problemen die verband houden met de zwangerschap of de bevalling.
    Dit kan ook gelden voor uw baby('s).

Wat zijn de voorwaarden?
- De extra kraamzorg volgt direct op de kraamzorg uit de basisverzekering
- De kraamzorg is geïndiceerd op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP)
- U bent bij ons verzekerd. Uw kind(eren) hoeven niet bij ons verzekerd te zijn
- U heeft een medische indicatie voor deze zorg
  U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Geboortecentrum
  Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ofwel geboortehotel of bevalcentrum) in een ziekenhuis. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven tijdens de kraamperiode.
- Kraamhotel
  Een instelling waar u tijdens de kraamperiode kunt verblijven en kraamzorg kunt ontvangen. In een kraamhotel kunt u niet bevallen.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  - de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  - werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Couveuse nazorg (artikel D.21.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Couveuse nazorg (uitgestelde kraamzorg)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 15 uur maximaal.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Uw kind heeft direct na de geboorte 5 dagen in de couveuse gelegen of 8 dagen in het ziekenhuis. De opname is op medische indicatie en in een instelling voor medisch specialistische zorg geweest.

Wat zijn de voorwaarden?
- De kraamzorg is geïndiceerd op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP)
- U bent bij ons verzekerd. Uw kind(eren) hoeven niet bij ons verzekerd te zijn

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Geboortecentrum
  Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ofwel geboortehotel of bevalcentrum) in een ziekenhuis. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven tijdens de kraamperiode.
- Kraamhotel
  Een instelling waar u tijdens de kraamperiode kunt verblijven en kraamzorg kunt ontvangen. In een kraamhotel kunt u niet bevallen.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  - de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  - werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Kraamzorg na ziekenhuisopname (artikel D.21.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Kraamzorg nadat moeder en kind in het ziekenhuis hebben gelegen

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 15 uur maximaal.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U mag naar huis, nadat u meteen na de bevalling 14 dagen of langer in het ziekenhuis heeft gelegen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het aantal uren kraamzorg wordt geïndiceerd op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP)

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Geboortecentrum
  Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ofwel geboortehotel of bevalcentrum) in een ziekenhuis. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven tijdens de kraamperiode.
- Kraamhotel
  Een instelling waar u tijdens de kraamperiode kunt verblijven en kraamzorg kunt ontvangen. In een kraamhotel kunt u niet bevallen.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  - de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  - werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kosten voor de kraamzorg die u vergoed krijgt uit de basisverzekering
  Of de kosten voor de dagen waarop u verpleegd werd in het ziekenhuis, en die u vergoed krijgt uit de basisverzekering.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Kraamzorg of instructie bij adoptie (artikel D.21.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Kraamzorg of instructie bij adoptie

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 3 dagen maximaal, maximaal 3 uur per dag.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een kind geadopteerd. Op het moment van adoptie was het kind maximaal 6 maanden oud.

Wat zijn de voorwaarden?
- Ten minste één van de adoptieouders is bij ons verzekerd voor deze zorg
- Het aantal uren kraamzorg wordt geïndiceerd op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP)

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Geboortecentrum
  Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ofwel geboortehotel of bevalcentrum) in een ziekenhuis. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven tijdens de kraamperiode.
- Kraamhotel
  Een instelling waar u tijdens de kraamperiode kunt verblijven en kraamzorg kunt ontvangen. In een kraamhotel kunt u niet bevallen.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  ○ de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  ○ is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  ○ werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Bijlage Begrippen

Aanvullende verzekering
Een overeenkomst die u als aanvulling op uw basisverzekering kunt afsluiten voor de vergoeding van zorg en zorgkosten.
De inhoud en omvang van uw aanvullende verzekering worden bepaald door ons. Wij hebben deze vastgelegd in uw verzekeringsvoorwaarden.

Afgesproken tarief
Het (gemiddelde) tarief dat wij in contracten met zorgverleners voor bepaalde zorg afspreken. De afgesproken tarieven vindt u op onze website.

AGB-code
Een Algemeen Gegevens Beheer (AGB)-code is een unieke, landelijke code waarmee de zorgverlener kan worden herkend in Vektis. Vektis is een landelijk register met daarin alle noodzakelijke (zorg)informatie om het declareren, de zorginkoop, het contracteren en het 'gidsen' van de zorg mogelijk te maken.

Behandeling
Het (fysieke of online) contact met een of meer zorgverleners voor zorgverlening of advisering. Onder behandeling verstaan wij geen cursussen en trainingen.

Behandelvoorstel (of voorschrift)
Hierin staat welke zorg (onderzoek, behandeling of therapie) u nodig heeft. Voor medicijnen krijgt u een recept.

Buitenland
Elk ander land dan het land waar u woont.

CAK
Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) staat genoemd in artikel 6.1.1., eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Consult
Een contact met een zorgverlener. Het kan gaan om advies, een doorverwijzing, een gesprek over de voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek, het stellen van een diagnose of een aanvullend onderzoek als dit medisch noodzakelijk is.

Dagbehandeling
Zorg op een afdeling voor dagverpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum). Het kan ook gaan om medisch onderzoek of een behandeling in een instelling voor revalidatie. De zorg is algemeen voorzienbaar en duurt een aantal uren. Er is geen sprake is van een opname.

DBC Zorgproduct

Een Diagnose Behandel Combinatie (DBC-zorgproduct of DBC) is een code die het totale behandeltraject binnen de medisch specialistische zorg (MSZ) beschrijft. Een DBC bevat alle kosten die de zorgverlener maakt om u de juiste zorg te kunnen geven. Het tarief van een DBC is een gemiddelde van de gemaakte kosten bij een bepaald behandeltraject.
De startdatum van een DBC is de datum van het eerste contact met de zorgverlener en is bepalend voor de vergoeding. De nota wordt afgehandeld op de startdatum van de DBC. Als de ingangsdatum van een DBC buiten de looptijd van uw verzekering valt, dan vallen de kosten van die DBC buiten de dekking.

Een ziekenhuis ook behandelingen in rekening brengen die niet onder de DBC vallen maar onder ‘overige zorgproducten’ (OZP). Het gaat dan bijvoorbeeld om enkelvoudige behandelingen waar geen behandeltraject aan vast zit zoals:

- vooronderzoeken, nacontroles en laboratoriumonderzoek;
- kaakchirurgie;
- specifieke dure zorg; bijvoorbeeld intensive care zorg, dure medicijnen en bloedproducten.

Diagnostiek

Het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem, de ziekte of aandoening van een patiënt.

EU- en EER-staat

De EU-staten (Europese Unie) zijn:
België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische Eilanden), Tsjechië en Zweden.
Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.
Niet tot de EU behoren onder andere: Andorra, Monaco, de Kanaaleilanden, Man, San Marino en Vaticaanstad.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn: bovenstaande EU-staten, Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Toelichting: Het Verenigd Koninkrijk inclusief Gibraltar hebben per 31 januari 2020 de EU verlaten.

Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten die u heeft gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

Hulpmiddelen in bruikleen

Dit zijn medische hulpmiddelen die u mag gebruiken zolang u bij ons hiervoor verzekerd bent.
Wij of de zorgverlener sluiten hiervoor een bruikleenovereenkomst met u. Hierin staan uw rechten en verplichtingen bij bruikleen. Bij beëindiging van uw verzekering moet u het hulpmiddel teruggeven.

Wij vergoeden rechtstreeks aan de zorgverlener als u het hulpmiddel van een gecontracteerde zorgverlener in bruikleen krijgt.
Koopt u een hulpmiddel dat normaal in bruikleen wordt gegeven bij een niet-gecontracteerde zorgverlener dan krijgt u niet zondermeer de gehele aanschafwaarde vergoed. Wij vergoeden aan u dan de gebruikskosten voor een jaar zoals we die ook bij een gecontracteerde zorgverlener vergoeden.

Voor hulpmiddelen in bruikleen bent u geen kosten verschuldigd; daarom betaalt u hiervoor geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

Hulpmiddelen in eigendom
Dit zijn hulpmiddelen die u volgens uw verzekeringsvoorwaarden in eigendom krijgt. Die zijn dan van u, u bent de eigenaar. De aanschafkosten worden verrekend met uw eigen risico.
Als u een hulpmiddel in eigendom krijgt, is dit voor eigen gebruik. U mag u dit hulpmiddel niet doorverkopen.

Jaar
Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, wordt niet 'kalenderjaar' maar levensjaar bedoeld.

Maand
Kalendermaand.

Marktconform tarief
Dit is het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is voor een bepaalde behandeling. Hierbij kijken we welke bedragen zorgverleners gemiddeld in rekening brengen voor die behandeling. Dit betekent dat wij onredelijk hoge bedragen niet helemaal vergoeden.
Zie hiervoor ook artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

(Medisch) adviseur
De arts, apotheker, tandarts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons adviseert. Het gaat dan om advies over medische zorg, farmacotherapeutische zorg, tandheelkundige zorg, fysiotherapeutische zorg of een ander zorginhoudelijk vakgebied.

Medische indicatie
De aandoening of ziekte die een arts (vermoedt of) vaststelt waarmee u toegang krijgt tot bepaalde zorg.

Ongeval
Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf. Deze gebeurtenis leidt rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel.
Dit geldt ook als u de gebeurtenis niet heeft voorzien en redelijkerwijs ook niet kon voorzien.

We stellen een acute ernstige ziekte gelijk met een ongeval als:
- zorg op medische gronden direct nodig en niet uit te stellen is of als een ziekte of aandoening levensbedreigend is; en
- deze benodigde zorg onder de basisverzekering valt; en
- naar objectieve medische maatstaven binnen een halfjaar geen herstel te verwachten is.

Opname
Een periode van verpleging en behandeling met overnachting op een afdeling voor verpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals een ziekenhuis). De opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geneeskundige zorg.
We bedoelen niet verblijf in een polikliniek, niet een dagopname of spoedeisende hulp en ook niet verblijf in een instelling voor revalidatie.

Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw basisverzekering. Hierbij gelden deze regels:
- bij een onderbreking van uw opname korter dan 31 dagen tellen de dagen van de onderbreking niet mee, maar tellen we na de onderbreking wel verder voor het totaal;
- bij een onderbreking van uw opname van meer dan 30 dagen gaan we na de onderbreking opnieuw tellen voor het totaal;
- bij een onderbreking voor weekend- en vakantieverlof tellen deze dagen van onderbreking wel mee voor het totaal aantal dagen.

Polis(blad)
Het bewijs van verzekering.

Schriftelijk
Een fysieke of digitale informatiedrager waarbij de informatie begrijpelijk is, bewaard kan worden en reproduceerbaar is. Onder digitale informatiedrager verstaan wij ook internet en e-mailberichten. Onder schriftelijk valt bijvoorbeeld communicatie per brief, e-mail of via de Mijn-omgeving.

Spoedeisende zorg
Onverwachte en onvoorzienbare acute medische zorg die moet worden verleend in situaties waarin er zonder onmiddellijk ingrijpen gevaar bestaat voor overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade.

Tarief
Het geldbedrag voor verleende zorg of geleverde middelen dat we als uitgangspunt nemen voor vergoeding van die zorg of middelen. We kennen verschillende soorten tarieven.

Verdragsland
Nederland heeft een verdrag over sociale zekerheid gesloten met daarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg met: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.
Ook dit zijn verdragslanden:
- alle lidstaten van de Europese Unie (EU) behalve Nederland;
- alle staten die deelnemer zijn bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte (EER);
- Zwitserland;
- Verenigd Koninkrijk.

Verwijzing
Voor bepaalde zorg moet u vóór een consult of vóór de aanvang van de zorg een verwijzing (verwijsbriefje) hebben. Deze verwijzing is het advies van een zorgverlener om voor een consult of zorg naar een ander zorgverlener te gaan. In de voorwaarden noemen we onder 'verwijzing' welke zorgverlener deze verwijzing moet afgeven.

Verzekerde
Degene die recht heeft op (vergoeding van) verzekerde zorg volgens onze verzekeringsvoorwaarden. De verzekerde kan ook verzekeringnemer zijn.
In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij verzekerde en verzekeringnemer aan met 'u' en 'uw'. Uit de strekking en inhoud van de verzekeringsvoorwaarden kunt u opmaken of wij de verzekerde of de verzekeringnemer bedoelen.
Waar we spreken van 'hij', 'hem' en 'zijn', kan ook respectievelijk 'zij', 'haar' en 'haar' gelezen worden.

Verzekering
Een overeenkomst van verzekering kan bestaan uit een basisverzekering met eventueel één of meer aanvullende verzekeringen.
Als de verzekering bestaat uit een combinatie van 2 of meer overeenkomsten van verzekering dan bevat die ten hoogste één basisverzekering.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekering met ons heeft gesloten, de premie en kosten moet betalen en als enige de verzekering kan wijzigen en opzeggen. De polis staat op naam van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer kan ook verzekerde zijn.
In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met 'u' en 'uw'. Uit de strekking en inhoud van de verzekeringsvoorwaarden kunt u opmaken of wij de verzekerde of de verzekeringnemer bedoelen.
Waar we spreken van 'hij', 'hem' en 'zijn', kan ook respectievelijk 'zij', 'haar' en 'haar' worden gelezen.

Wettelijke eigen bijdrage

Zorg die in uw basisverzekering zit en waarvan u kosten geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen. Eigen bijdragen zijn wettelijk vastgesteld. Een wettelijke eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten.
Wettelijke eigen bijdrage is iets anders dan eigen risico. Wettelijke eigen bijdragen en eigen risico kunnen naast elkaar gelden voor dezelfde verzekerde zorg. Dit betekent dat een wettelijke eigen bijdrage én eigen risico voor uw rekening kunnen komen.

Wettelijk maximum tarief

Het maximale tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vaststelt voor bepaalde zorg. Het tarief van de zorgverlener mag dus niet hoger maar wel lager zijn.

Wettelijk vast tarief

Het vaste tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vaststelt voor bepaalde zorg. Het tarief van de zorgverlener mag dus niet hoger en ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel 'punttarieven' genoemd.

Bijlage Algemene Voorwaarden

A.16. Privacy en controle

Privacy
Wij verwerken alleen gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Dit doen wij volgens de voorwaarden die we met u hebben afgesproken. We bewaren deze gegevens in onze administratie.
We verwerken uw persoonsgegevens volgens:
- de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en
- de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).
  In het 'Privacy Statement' op onze website vindt u meer informatie over privacy en uw rechten en plichten over de (persoons)gegevens die wij bewaren en bewerken. Voor vragen of andere informatie aan de functionaris voor de gegevensbescherming stuurt u een brief aan:

CZ Klantenservice
Postbus 90152
5000 LD, Tilburg

Informatie die wij delen
Wij delen alleen informatie als het nodig is om uw verzekering(en) goed uit te kunnen voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de pakketsamenstelling, premie, korting en persoonsgegevens. Dit doen we bijvoorbeeld om:
- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- uitbetaalde kosten te verhalen op derden. Bijvoorbeeld op een reisverzekering als u in het buitenland verzekerde zorg heeft gehad.

Inhoudelijke controle
Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek doen bij de uitvoering van uw verzekering. Dit doen we volgens:
- de met u overeengekomen voorwaarden en (persoons)gegevens,
- de Zorgverzekeringswet,
- het landelijk ‘Protocol materiële controle’ en
- het landelijk ‘Protocol Incidentenwaarschuwingssytemen Financiële Instellingen’.
  U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.21. Algemene uitsluitingen

Hier leest u:
over onze algemene uitsluitingen

Algemene uitsluitingen
Onderstaande kosten of zorg vergoeden wij niet:
- als u een afspraak met een zorgverlener niet nakomt;
- kosten van een spoedeisende behandeling in het buitenland die een (reis)verzekeraar bij ons declareert:
  -- deze (reis)verzekeraar is niet aangesloten bij het Convenant Samenloop;
  -- als u geen verzekering bij ons zou hebben dan zouden deze kosten wel vergoed worden uit uw (reis)verzekering. Uw (reis)verzekeraar heeft de kosten dus uitgesloten als u een verzekering bij ons heeft.

- het kan ook gaan om andere kosten die door die (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgeschoten.
  Toelichting:
  Deze (reis)verzekeraar heeft niet het Convenant Samenloop ondertekend. Dit convenant is een overeenkomst die de verdeling van kosten regelt die aan verzekerden zijn vergoed. Het maakt niet uit of de (reis)verzekering eerder of later is ingegaan dan uw verzekering bij ons. Onze verzekering dient als excedentverzekering. Dat betekent dat wij alleen kosten vergoeden die boven de dekking van die (reis)verzekering komen.

- zorg die u ook vergoed zou kunnen krijgen uit een andere verzekering of regeling en u ons niet heeft doorgegeven wat de naam van die verzekeraar is;
- kosten van geldverkeer, administratie-, facturerings- of verzendkosten.
- meer dan één behandeling van dezelfde soort zorg op één dag. Dat wordt alleen vergoed als dat specifiek als dekking in uw verzekering staat.
- een behandeling die geen verantwoorde en adequate zorg of dienst is. Hierbij kijken we naar stand van de medische wetenschap en praktijk. Of als de zorg niet erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden.
- een behandeling waarvan wij vinden dat deze nog in een wetenschappelijke of experimentele fase zit;
- een behandeling waarvan wij vinden dat die niet bedoeld is om de ziekte of aandoening tegen te gaan. Of die een ziekte of aandoening voorkomt;
- zorg met een behandeldatum buiten uw verzekerde periode. Dus voordat uw verzekering is gestart of als uw verzekering al is geëindigd. Bij een DBC moet alleen de startdatum in uw verzekerde periode vallen.
- zorg via telefoon, online of op afstand waarvan wij vinden dat dit niet logisch is en niet passend. We verwachten dan dat zorg niet leidt tot een gewenst resultaat. Bijvoorbeeld: een gaatje vullen bij de tandarts kan niet telefonisch. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is bijvoorbeeld wel online mogelijk.
- zorg die u als zorgverlener aan uzelf heeft verleend;
- kosten van zorg die uitkomen boven het maximum bedrag of maximum aantal. Het maakt daarbij niet uit of u het jaar ervoor niet alles van die zorg heeft gebruikt;
- zorg die u krijgt van een zorgverlener die uw partner, een gezinslid of een familielid in de eerste of tweede graad is;
- behandelingen die nodig zijn als gevolg van atoomkernreacties. Zorg die nodig is door radioactief materiaal buiten een kerninstallatie wordt wel vergoed. Maar dat kan alleen onder deze voorwaarden:
- er is een vergunning van de Rijksoverheid voor de plaatsing van de nucliden;
- de plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de schade.
- zorg die u krijgt als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit. Het maakt niet uit of dat in Nederland of in het buitenland is. U krijgt dan zorg die door de instelling geregeld wordt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.
- een nieuw hulpmiddel omdat uw oude hulpmiddel niet goed meer werkt:
- doordat u de voorschriften of uitleg van het gebruik bewust niet opvolgde;
- omdat het kapot is gegaan door uw eigen schuld.
- (wettelijke) eigen bijdragen uit de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of de Zorgverzekeringswet. Een vergoeding voor een eigen bijdrage kan wel zijn opgenomen in een aanvullende verzekering.
- kosten die boven het maximum tarief uitkomen dan waar u voor verzekerd bent.

Zie ook:

- Behandeling }) (begrippen)
- Buitenland }) (begrippen)
- DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie }) (begrippen)
- Jaar }) (begrippen)
- Spoedeisende zorg }) (begrippen)
- Tarief }) (begrippen)

Geen vergoeding uit uw aanvullende verzekering
Wij vergoeden uit uw aanvullende verzekering geen (kosten van) zorg die vergoed zouden kunnen worden uit een van deze andere regelingen of verzekeringen:

- een Nederlandse of buitenlandse volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling. Bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz) en Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO);
- een Nederlandse of buitenlandse regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling. Bijvoorbeeld Rijksvaccinatieprogramma's;
- een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag;
- een andere overeenkomst. Het maakt niet uit of deze overeenkomst eerder of later is ingegaan dan uw aanvullende verzekering bij ons.
  Wij vergoeden niet meer dan 1 behandeling van dezelfde soort op 1 dag. Met 'soort behandeling' bedoelen wij de zorg die beschreven is per (sub)artikel; 1 (sub)artikel is 1 zorgsoort.

Geen vergoeding bij molest en terrorisme
Onderstaande kosten vergoeden wij niet:

- Molestschade. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij in Nederland. Dit staat in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Wij gaan uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan heeft vastgelegd.
- Terrorismerisico. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen. Zowel in Nederland als in het buitenland. We vergoeden dit alleen als wij de kosten kunnen betalen van het bedrag dat wij uit de herverzekering ontvangen: de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) in Amsterdam.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan per jaar aangepast worden. Het bedrag geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet kan een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld. U bent dan verzekerd voor een aanvullende vergoeding. De hoogte daarvan wordt bepaald uit dat wetsartikel 33.

Woont u niet in Nederland? Dan valt u niet onder deze herverzekering. U krijgt dan dus geen vergoeding.
Meer uitleg over terrorisme vindt u op de website van de N.H.T.
Er is een landelijk 'Clausuleblad Terrorisme' (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op nht.vereende.nl.

Geen vergoeding bij eigen schuld
Schuld, roekeloosheid of opzet
Krijgt u een ziekte of aandoening of raakt u gewond door uw eigen schuld, uw roekeloosheid of uw opzet? Dan vergoeden wij de zorg die daardoor nodig is niet.
Voorbeelden hiervan zijn:

- besturing van een voertuig, vaartuig of luchtvaartuig als niet is voldaan aan de wettelijke eisen. Bij een luchtvaartuig gaat het ook om een vliegtuig, helikopter, parachute, luchtballon en deltavlieger;
- u doet mee aan races of snelheidswedstrijden met een voer-, vaar- of luchtvaartuig;
- u doet als beroepssporter mee aan een sport;
- u heeft meegedaan aan een vechtpartij of geweldpleging;
- u doet mee aan gewapende handelingen in een buitenlandse landmacht, zeemacht of luchtmacht. Behalve als u uitsluitend als hulpverlener in opdracht van een erkende humanitaire organisatie humanitaire hulp of zorg verleent of uitsluitend medische handelingen verricht. Dan vergoeden we de zorg die u daardoor nodig heeft wel.
- u werkt niet mee aan uw genezingsproces of u werkt uw genezing tegen.

- u reist naar of u bent in het buitenland maar voor uw vertrek is al een negatief reisadvies afgegeven door de overheid. Het gaat daarbij om:
  -- het advies om alleen te reizen als het echt noodzakelijk is (code oranje);
  -- het advies om niet te reizen (code rood).
  Het negatief reisadvies is afgegeven omdat:
  -- er een (dreigende) oorlogssituatie of andere toestand is waarbij een bedreigende situatie kan ontstaan;
  -- er een dreiging van besmettelijke ziekteverwekkers is. Bijvoorbeeld virussen, bacteriën, schimmels of andere vormen of combinaties daarvan.
  De behandeling of verleende zorg moet een oorzakelijk verband hebben met het negatief reisadvies. Behalve als u uitsluitend als hulpverlener in opdracht van een erkende humanitaire organisatie humanitaire hulp of zorg verleent of uitsluitend medische handelingen verricht. Dan vergoeden we de zorg die u daardoor nodig heeft wel.

Wanneer vergoeden we wel?
We vergoeden wel de zorg die is ontstaan door:
- rechtmatige zelfverdediging;
- redden van uzelf, andere personen of dieren;
- redden van spullen van uzelf of van anderen. De redding, handeling of het gedrag dat als een uitsluiting is genoemd moet dan redelijkerwijs gerechtvaardigd zijn. Of de redding is een wettelijke zorgplicht geweest.

Misdrijf, overtreding en fraude
Krijgt u een ziekte of aandoening of raakt u gewond doordat u een misdrijf heeft gepleegd, een overtreding heeft begaan of fraude heeft gepleegd? Dan vergoeden wij de zorg die daardoor nodig is niet. Dat geldt ook als u alleen medeplichtig bent aan een poging tot een misdrijf, overtreding of fraude. Pleegt iemand anders die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst een misdrijf, overtreding of fraude? Bijvoorbeeld een zorgverlener? Ook dan vergoeden we de kosten van zorg die daar het gevolg van zijn niet. Bij fraude kunnen we het volgende doen:
- aangifte doen bij de politie;
- uw verzekering beëindigen;
- een registratie doen in de signaleringssystemen die verzekeraars gebruiken;
- een vergoeding en (onderzoeks)kosten die wij maken bij u terughalen.

A.20. Tarieven

Hier leest u:
over onze tarieven

Hoogte van de tarieven: U heeft zorg nodig die verzekerd is als zorg op basis van restitutie
Voor zorg die verzekerd is op basis van restitutie vergoeden wij 100% van de kosten van de verzekerde zorg (restitutie) maar niet meer dan:
- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat;
- het wettelijk maximum tarief, of als dit niet bestaat;
- het marktconforme tarief.
  Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Tip!
Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat vergoeden we 100% van het afgesproken tarief. Met gecontracteerde zorgverleners hebben wij meestal lagere tarieven afgesproken dan het tarief dat een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. U betaalt dus meestal voor die zorg minder eigen risico bij een gecontracteerde zorgverlener.

Zie ook:
- Gedeclareerde tarief }) (begrippen)
- Marktconform tarief }) (begrippen)

- Tarief }) (begrippen)
- Wettelijk maximum tarief }) (begrippen)
- Wettelijk vast tarief }) (begrippen)

Omzetbelasting
Een zorgverlener kan verplicht zijn om over het bedrag van de zorg omzetbelasting te betalen. Of een vergelijkbare belasting in het buitenland te betalen. Deze kosten worden vergoed als hij deze bij u in rekening brengt.

A.18. Akkoordverklaring

Wanneer is een akkoordverklaring nodig?
Met akkoordverklaring bedoelen wij de schriftelijke verklaring van onze afdeling Medische Beoordelingen. Voor sommige zorg moeten wij eerst toestemming geven. U ziet dan bij deze zorg staan dat u een akkoordverklaring moet aanvragen. U moet deze aanvraag doen voordat u de zorg krijgt. Wij kijken bij de aanvraag voor de zorg of u voldoet aan de voorwaarden. Ook kijken wij of de zorg voor u passend en doelmatig is. Hiervoor hebben wij soms extra informatie nodig die we aan u vragen.
Geven wij u akkoord? Dan leest u in de akkoordverklaring wat wij vergoeden en welke voorwaarden gelden.

Zie ook:
- Schriftelijk }) (begrippen)

Akkoordverklaring voor zorg van een gecontracteerde zorgverlener
Gaat u naar een gecontracteerde zorgverlener? Dan kan de zorgverlener beoordelen of u een akkoordverklaring krijgt. Dit hebben wij dan met de zorgverlener afgesproken.

Wat doet de gecontracteerde zorgverlener?
- De zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor de vergoeding van de zorg;
- De zorgverlener beoordeelt welke zorg u nodig heeft.
  Weet de zorgverlener niet zeker of alles in orde is? Dan stuurt hij een aanvraag naar ons. Wij beoordelen dan of u een akkoordverklaring krijgt. U hoeft dan zelf niets aan ons door te geven.

Mededelingen en toezeggingen
De akkoordverklaring is alleen geldig als u schriftelijk toestemming van ons heeft gehad. Wij sturen dan een brief naar het door u doorgegeven post- of e-mailadres. Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die ontstaat als u te laat of geen berichten krijgt. Bijvoorbeeld omdat wij het verkeerde adres hebben ontvangen.

Akkoordverklaring voor zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener
Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. U doet dit alleen als wij voor deze zorg aangeven dat een akkoordverklaring nodig is. U kunt vragen of de zorgverlener u hierbij helpt.

Welke informatie hebben wij nodig?
- Een aanvraag met de reden waarom u de zorg nodig heeft;
- Als het mogelijk is: een overzicht van de kosten van de behandeling en een behandelplan.

Hebben wij nog meer informatie nodig? Dan laten wij u weten welke informatie wij missen.
U kunt de informatie opsturen naar de afdeling Medische Beoordelingen.

In welke taal moet u de aanvraag indienen?
Aanvragen en aanvullende informatie schrijft u in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Doet u uw aanvraag in een andere taal? Dan vragen wij een vertaling bij u op. U kunt er ook voor kiezen om de vertaling door ons te laten regelen. U moet dan de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen.

Akkoordverklaring voor hulpmiddelen
Voor veel hulpmiddelen kunt u voor aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie rechtstreeks bij een door ons gecontracteerde zorgverlener terecht. Deze zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking en welk hulpmiddel voor uw situatie is aangewezen. Als u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking, declareert hij het hulpmiddel rechtstreeks bij ons. Voldoet u niet aan de voorwaarden, dan kunt u kiezen:
- zelf voor het hulpmiddel te betalen; of
- alsnog zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Vermeld daar dan bij dat uw verzoek bij de zorgverlener is afgewezen. U vraagt de akkoordverklaring schriftelijk bij de afdeling Medische Beoordelingen aan. U moet hiervoor een zorgaanvraag naar ons sturen.

Als wij aanvullende informatie nodig hebben voor de beoordeling van de zorgaanvraag, zullen we die bij u opvragen. Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, stuurt deze vaak namens u de zorgaanvraag naar ons. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgverlener moet u zelf de zorgaanvraag naar ons insturen. Voor een aantal hulpmiddelen is hiervoor een standaard aanvraagformulier. Dit kunt u vinden op onze website. U kunt ook telefonisch een aanvraagformulier opvragen bij onze afdeling Medische Beoordelingen.

Met de zorgaanvraag stuurt u ons een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de voorschrijver. Hierin staat de medische indicatie; eventueel aangevuld met een advies of rapportage als wij daar om vragen. Ook bevat de zorgaanvraag:
- uw relatienummer;
- uw naam, adres en woonplaats;
- uw geboortedatum;
- de naam van de zorgverlener die het hulpmiddel levert;
- een omschrijving van het gewenste hulpmiddel;
- het artikelnummer van de Z-index of de GPH-code: de zorgverlener kan u deze gegevens geven;
- een opgave van de periode dat u verwacht het hulpmiddel nodig te hebben;
- en als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat een offerte of prijsopgave van de kosten van het te leveren hulpmiddel.

Geldigheidsduur
Een door ons afgegeven akkoordverklaring is geldig:
- op basis van algemeen geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden;
- voor maximaal 365 dagen, behalve als we anders aangeven. Als wij binnen deze periode de specifieke voorwaarden voor uw zorg veranderen, mag u de behandeling volgens de akkoordverklaring afmaken.

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is niet meer geldig als:
- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt; of
- als uw verzekering is veranderd of stopt. Behalve als de ingangsdatum van een behandeling met een DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

Zie ook:
- DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie }) (begrippen)

A.19. Rekeningen

Vergoeding algemeen
U krijgt nooit meer vergoed dan de werkelijke kosten van de zorg die op de rekening staan.

Rekeningen algemeen
Heeft u recht op vergoeding? Dan ontvangt u de vergoeding op uw banknummer (IBAN) dat bij ons bekend is.
Declareren en vergoeden van rekeningen kan op verschillende manieren:

- Een gecontracteerde zorgverlener declareert meestal rechtstreeks bij ons. Wij vergoeden dan rechtstreeks aan de zorgverlener.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener geeft of stuurt u de rekening. Deze kunt u bij ons declareren. Wij vergoeden dan aan u als u daar recht op heeft.
- De volgende acties of handelingen zijn uitgesloten:
  -- uw vordering of een ander recht op ons mag u niet overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of aan iedere andere derde;
  -- een zekerheidsrecht (zoals een pandrecht) mag u niet geven aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of anderen die wij niet gecontracteerd hebben;
  -- een niet-gecontracteerde zorgverlener of iedere andere derde mag u geen toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren. Zij mogen ook geen betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aannemen waarmee een verplichting van u aan die ander wordt voldaan. Ook niet als u daar toestemming of opdracht voor geeft.

Waar rekeningen aan moeten voldoen
Aan welke eisen moet een rekening voldoen?
- het moet gaan om zorg die werkelijk geleverd is;
- de rekening moet binnen 36 maanden na de zorg bij ons binnen zijn. U heeft geen recht meer op vergoeding als wij de rekening na 36 maanden binnen hebben.
- de rekening is in een van de volgende talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet een van die talen? Dan vragen wij u om een vertaling van de rekening. U kunt de vertaling ook door ons te laten regelen. U moet dan wel de kosten van het vertaalbureau aan ons terugbetalen;
- u moet de rekening hebben ingestuurd of een gecontracteerde zorgverlener heeft dat namens u gedaan;
- wij moeten de rekening zonder navraag, bewerking of onderzoek kunnen afhandelen. Wij gaan daarbij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. In ieder geval moet op de rekening staan:
  -- naam en adres van de zorgverlener;
  -- uw naam en geboortedatum;
  -- de inhoud van de gegeven zorg;
  -- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven;
  -- de kosten van de gegeven zorg;
  -- de juiste DBC-zorgproductcode als het gaat om medisch specialistische zorg;
  -- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register als het om een zorgverlener gaat die BIG-geregistreerd moet zijn;
  -- de AGB-code als dat van toepassing is.
  -- de vereisten aan een rekening zoals de belastingdienst die stelt voor de BTW.

Bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang.

Wat doen wij niet?
- wij vergoeden geen offertes, voorschotrekeningen, herinneringen of aanmaningen;
- wij sturen geen rekeningen of documenten die bij de rekening horen terug. Ook niet als er maar een deel of helemaal niets is vergoed. U kunt wel een gewaarmerkte kopie (kopie van de rekening met een originele waarmerkstempel) bij ons opvragen.

Zie ook:
- AGB-code }) (begrippen)
- DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie }) (begrippen)

Zorgkosten declareren
Hoe kunt u uw zorgkosten declareren?
- met uw smartphone via onze app stuurt u ons de rekeningen digitaal;
- online via de Mijn omgeving stuurt u ons de rekeningen digitaal;

- via de post stuurt u ons de originele rekeningen;
  Soms mag het ook een kopie zijn als u dat met ons heeft afgesproken. Dat is een uitzondering. Uw gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekeningen rechtsreeks naar ons in.

Als wij rechtstreeks betalen aan de zorgverlener
Als wij met een zorgverlener hebben afgesproken dat hij de rekeningen rechtstreeks bij ons declareert dan betalen wij ook rechtstreeks aan de zorgverlener. U bent verplicht hieraan mee te werken. Op dat moment vervalt onze plicht om die kosten aan u te vergoeden. Een rekening van een zorgverlener kunnen we ook verrekenen met een voorschot dat de zorgverlener al heeft gehad.

Bewaren van originele rekeningen
Heeft u gedeclareerd via e-mail, internet, de app of de Mijn omgeving? Dan moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren. Wij kunnen deze opvragen voor controle.

Vergoeding van rekeningen tijdens verzekerde periode
Wij vergoeden alleen rekeningen voor zorg tijdens uw verzekerde periode. Is een behandeling met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC zorgproductcode) gedeclareerd? Dan moet de startdatum van de DBC in uw verzekerde periode liggen. Ligt de startdatum eerder dan ingang van uw verzekering bij ons? Dan valt de hele DBC buiten uw verzekerde periode. Ook als de behandeling voor een deel doorloopt in uw verzekering bij ons. De DBC moet dan bij uw vorige verzekeraar worden ingediend.

Zie ook:
- DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie }) (begrippen)

Volgorde van vergoeding
Wij verwerken rekeningen op een bepaalde volgorde. Zo bepalen we of u een vergoeding krijgt en hoeveel dat is.
Eerst kijken we of een rekening vergoed moet worden uit een andere verzekering zoals een volksverzekering of sociale verzekering. Bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg, Jeugdwet of Wet maatschappelijke ondersteuning.

Volgorde van vergoeden van zorg uit de aanvullende verzekering
Als laatste handelen wij de rekening af volgens uw aanvullende verzekering(en). Dat doen we in deze volgorde:
- eerst een collectieve aanvullende verzekering die u bijvoorbeeld via uw werk bij ons heeft afgesloten;
- dan een individuele aanvullende verzekering. Daarin zijn vergoedingen opgenomen voor verschillende soorten zorg;
- en daarna een specifieke aanvullende verzekering. Hierin is een vergoeding opgenomen voor één of enkele soort(en) zorg. Bijvoorbeeld alleen voor mondzorg.

Verzekering voor een deel van het jaar
Er zijn vergoedingen met een maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen per jaar. Begint of stopt uw verzekering in de loop van een jaar? Dan krijgt u niet minder vergoed. Wij verminderen het maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen van dat jaar niet.

Verandering van aanvullende verzekering
Voor zorg uit uw aanvullende verzekering kunt u per verzekerde een maximale of gedeeltelijke vergoeding krijgen over een bepaalde periode. Die periode kan bijvoorbeeld een aantal jaren zijn maar ook een eenmalige vergoeding over de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent.
Wat gebeurt er dan als u uw aanvullende verzekering verandert, later opnieuw of een andere aanvullende verzekering bij ons afsluit?
- dan telt het bedrag dat u al vergoed heeft gekregen uit uw eerdere aanvullende verzekering(en) mee voor het maximum bedrag van uw nieuwe aanvullende verzekering;
- ook telt het aantal behandelingen dat u in uw eerdere aanvullende verzekering(en) heeft verbruikt mee voor het maximum aantal behandelingen van uw nieuwe aanvullende verzekering;

- en de periode waarin u recht heeft op een vergoeding loopt door in uw nieuwe aanvullende verzekering. Deze periode start op het moment waarop u voor het eerst kosten maakt;
- als we zorg eenmaal per verzekerde vergoeden tellen vergoedingen die u in eerdere jaren heeft gekregen ook mee in een volgende aanvullende verzekering. Ook als u tussentijds ergens anders verzekerd bent geweest.
  Ook als wij vergoedingen of aantal behandelingen in uw aanvullende verzekering veranderen tellen vergoedingen die u eerder heeft gekregen mee in de nieuwe aanvullende verzekering. Orthodontie uit uw aanvullende verzekering is een uitzondering. Voor deze zorg tellen eerdere vergoeding niet mee in een nieuwe of latere aanvullende verzekering.

Zie ook:
- Aanvullende verzekering }) (begrippen)
- Jaar }) (begrippen)

Zorg in voorliggende verzekeringen ook in uw aanvullende verzekering
In uw aanvullende verzekering kan zorg verzekerd zijn waarvan al een deel vergoed is uit een andere verzekering. Bijvoorbeeld zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of uit uw basisverzekering.
Wat moet u doen om deze kosten te declareren? Bij uw rekening stuurt u een originele schriftelijke verklaring van de andere verzekeraar of de andere uitvoerende instantie. Hierin moet staan dat de rekening daar al is gedeclareerd en afgehandeld. Wij beoordelen dan of er nog (een gedeelte) wordt vergoed uit uw aanvullende verzekering.

A.1A. Aanvullende begrippen

Gezinsleden
Gezinsleden wonen op hetzelfde adres en vormen een gezamenlijke huishouding. Hieronder verstaan wij:
- volwassenen die elkaars enige levenspartner zijn;
- kinderen tot 18 jaar (ook adoptiekinderen en pleegkinderen);
- studerende kinderen van 18 jaar tot en met 30 jaar (zij hoeven niet op hetzelfde adres als de verzekeringnemer te wonen);
- een bedrijf of instelling die een collectieve overeenkomst met ons heeft kan ook iemand als gezinslid aanwijzen.
  Een gezinslid heeft een eigen polis of is meeverzekerd op de polis van een ander gezinslid.

Verzekeraar
Onder verzekeraar verstaan we een verzekeringsonderneming als bedoeld in de richtlijn solvabiliteit II en die als schadeverzekeraar in de zin van de Wet op het financieel toezicht is toegelaten.
De verzekeringsonderneming waarop deze verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is de verzekeringsonderneming die op het polisblad in die hoedanigheid vermeld staat en is Onderlinge Waarborgmaatschappij CZ groep U.A., ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel onder nummer 18028752. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt deze verzekeringsonderneming aangeduid met 'wij' en 'ons'.

A.8. Betaling van premie en kosten

Volledig en op tijd betalen
U moet als verzekeringnemer alle premies en kosten betalen. Deze betaalt u per 'betalingsperiode'. Een betalingsperiode is één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar.
U moet volledig betalen. Wat betekent dat?
- u betaalt voor de betalingsperioden die geweest zijn;
- u betaalt voor de lopende betalingsperiode;
- en u betaalt voor de eerstvolgende betalingsperiode. U betaalt dus altijd vooruit.
  U moet ook op tijd betalen. Wat betekent dat?
- het totale bedrag moet uiterlijk bij ons binnen zijn op de datum die op uw premienota staat;

- als u via automatische incasso betaalt, schrijven wij dat bedrag in de laatste week voor de eerstvolgende betalingsperiode af;
  -- u ontvangt eerst van ons bericht voordat wij het bedrag van uw rekening afschrijven;
  -- u zorgt voor voldoende geld op uw bankrekening;
  -- kan het totale bedrag niet in de laatste week voor de eerstvolgende betalingsperiode afgeschreven worden? Dan kunt u met ons een ander moment voor de automatische incasso afspreken.
- Betaalt u anders dan met premienota of automatische incasso? Dan moet het totale bedrag vóór de afgesproken betalingsperiode bij ons binnen zijn.

Hebben wij al deze premies en kosten ontvangen? Dan heeft u voldaan aan uw betalingsplicht.

Zie ook:
- Verzekeringnemer }) (begrippen)

Verrekening
Wat kan wel en wat kan niet?
- Als u een schuld bij ons heeft dan kunt u uw schuld niet verrekenen met geld dat u nog van ons tegoed heeft.
- Wij mogen uw schuld wel verrekenen met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en).
- Uw schuld verrekenen wij niet met geld waar u nog recht op heeft vanuit een Persoons Gebonden Budget (PGB).

Manier van betalen
U heeft met ons afgesproken hoe u de premie en kosten betaalt. Dat kan met premienota, automatische incasso, digitale of online betaling. Heeft u met ons afgesproken digitaal te communiceren? Dan is alleen automatische incasso of digitale of online betaling mogelijk.

A.23. Klachten

Klacht
Heeft u een klacht over uw verzekering? Deze kunt u schriftelijk of telefonisch indienen. Wij laten u weten wat onze beslissing is over de klacht. Onze contactgegevens vindt u op onze website.

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? Dan kunt u kiezen wat u wil doen:
- u kunt naar de bevoegde rechter of
- u kunt uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). U doet dat schriftelijk naar Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij de SKGZ werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Als u gekozen heeft voor een van de mogelijkheden dan kunt u daarna niet meer voor de andere mogelijkheid kiezen.

Klacht over standaardformulieren
Vindt u onze formulieren te ingewikkeld of niet nodig? Of vindt uw zorgverlener of een andere zorgverzekeraar dat? Dan kan u of degene die de klacht heeft, deze indienen bij de NZa: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. De NZa doet een bindende uitspraak over de klacht.

A.17. Zorgverleners

Begripsomschrijving zorgverlener
Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een zorgverlener:
- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent;

- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die tarieven in rekening brengt. Dit doet hij namens een (andere) bevoegde zorgverlener die zorg verleent.
- de natuurlijke persoon die niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verzekerde zorg verleent. Het gaat dan om wijkverpleging die u zelf inkoopt met een Persoons Gebonden Budget (PGB).
  Een zorgverlener verleent zorg of levert medicijnen of hulpmiddelen en eventuele diensten die daarbij horen.

Gecontracteerde zorgverleners
Wij hebben met zorgverleners contracten gesloten over zorg of middelen die zij leveren. In die contracten staan afspraken over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Ook staan hierin de voorwaarden waaronder die zorg geleverd mag worden en de manier van declareren. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners.

Als wij een zorgverlener hebben gecontracteerd, dan is dat niet altijd voor alles wat hij levert. Dit kan betekenen:
- dat een zorgverlener wel bevoegd is om bepaalde zorg te verlenen, maar dat u hiervoor niet bent verzekerd. We hebben dan doelbewust een deel van zijn zorg of middelen niet gecontracteerd.
- dat u te maken krijgt met een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd tot een bepaald budget (omzetplafond). Of we hebben volumeafspraken gemaakt. Hierdoor kan het gebeuren dat een zorgverlener u niet in behandeling neemt. Op onze website geven wij het aan als wij hier met die betreffende zorgverlener afspraken over hebben gemaakt.

Eisen aan zorg en zorgverleners
De zorg en de zorgverlener moeten aan verschillende algemene voorwaarden voldoen:
- Per zorgvorm benoemen we de soort zorgverlener die de zorg mag leveren. Wij vergoeden geen zorg door een andere soort zorgverlener ook al is deze wel bevoegd om die zorg die leveren.
- De genoemde zorgverlener levert de zorg zelf en heeft een AGB-code. Een andere soort zorgverlener mag de zorg ook leveren als dat onder de verantwoordelijkheid van de genoemde zorgverlener gebeurt. Behalve als we bij een zorgvorm anders aangeven.
- De genoemde zorgverlener declareert onder eigen naam. Een instelling, een andere zorgverlener of een andere partij kan ook declareren als de naam van de behandelende, verantwoordelijke zorgverlener op de rekening staat.
- De zorgverlener moet bevoegd zijn om de zorg te leveren. Dit betekent dat hij moet voldoen aan de eisen en regels die via wetten aan zijn beroep, zijn bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld.
- Een in Nederland gevestigde zorgverlener moet voldoen aan de eisen van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ).
  -- De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geldt ook voor artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Zij moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander register dat wij gelijkwaardig vinden.
  -- Van andere zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg als zij op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd. Zij moeten dan de titel of het onderscheidingsteken voeren die rechtmatig aan die opleiding verbonden is.
- Voor sommige zorgvormen hebben wij extra voorwaarden aan de zorgverlener gesteld als kwaliteitsgarantie. U leest dat bij de betreffende zorgverleners. Bijvoorbeeld: Een podotherapeut moet lid zijn van de N.V.v.P. Een alternatief zorgverlener moet als lid zijn ingeschreven bij één van de beroepsverenigingen voor alternatieve geneeswijzen; de lijst met beroepsverenigingen vindt u op onze website.
- Een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld. Als deze regelgeving er niet is dan gelden de regels die in dat land daar zorgverleners binnen die zorg gebruikelijk is.

Zie ook:
- AGB-code }) (begrippen)

- Buitenland }) (begrippen)

Naar een andere zorgverlener voor zorg uit uw aanvullende verzekering
Ook voor zorg uit uw aanvullende verzekering kan ons Zorgteam voor u contact opnemen met de zorgverlener. Gaat het om verzekerde zorg in natura? Dan kunnen zij u helpen om een andere zorgverlener te vinden.
Gaat het om verzekerde zorg op basis van restitutie? Dan kunnen zij kijken of u alsnog bij hem terecht kunt. Ook kunnen wij u helpen om een andere zorgverlener te vinden, als u dat liever wil.

Lopende behandeling
U kunt de behandeling ongehinderd afmaken als u al in behandeling bent bij een zorgverlener met budget- of volumeafspraken.

Zie ook:
- Behandeling }) (begrippen)

Niet-gecontracteerde zorgverleners uit uw aanvullende verzekering
Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener uit uw aanvullende verzekering gaat, bestaat de kans dat wij de kosten niet volledig vergoeden. Zie hiervoor artikel A.20. Tarieven

Zorgverlener met zorgcontract of betaalovereenkomst
Gecontracteerde zorgverleners hebben altijd een betaalovereenkomst. Andere zorgverleners kunnen ook een betaalovereenkomst met ons hebben.
Andersom geldt dat niet. Zorgverleners met een betaalovereenkomst hoeven niet altijd een contract met ons over bepaalde zorg of levering van middelen te hebben.

Einde contract met zorgverlener tijdens behandeling
In de volgende gevallen zijn uw behandelingen nog maximaal één jaar verzekerd alsof een gecontracteerde zorgverlener de zorg heeft verleend:
- U bent onder behandeling bij een gecontracteerde zorgverlener. Gaandeweg de behandeling eindigt dat contract tussen uw zorgverlener en ons.
- U stapt tijdens uw lopende behandeling over van een andere verzekeraar naar ons. Uw zorgverlener was wel gecontracteerd bij uw oude verzekeraar maar (nog) niet bij ons.

Plaats van zorgverlening
Uw zorgverlener verleent de zorg op een locatie die redelijkerwijs passend, geschikt en medisch verantwoord is. Dit is de praktijk van de zorgverlener of, als dit bij de zorg staat aangegeven: bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (waar u tijdelijk woont of logeert). Het kan ook een locatie zijn waarover wij afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener of met u. Of een locatie die wettelijk of door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd daarvoor is aangewezen. In bijzondere situaties of bij bijzondere zorg noemen we de locatie.
De zorg kan, als dat mogelijk is, ook online worden verleend.

A.2. Verzekeringsgrondslag

Polisblad
Uw verzekering(en) staan op uw polisblad. U krijgt van ons ieder jaar een nieuw polisblad. U krijgt ook een nieuw polisblad als er verandering is in de gegevens op uw polis.

Zie ook:
- Polisblad }) (begrippen)

Algemene basis van uw verzekering
Wij baseren uw verzekering op:
- uw aanmeldformulier met de gegevens die u invult of die iemand namens u invult;
- informatie en verklaringen die wij van u krijgen of van iemand anders namens u;

- de door u gekozen verzekeringen die op uw polisblad staan;
- de verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekering(en) horen;
- protocollen, reglementen en bijlagen;
- eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten.

Afwijking van verzekeringsvoorwaarden
Is de inhoud van een collectieve overeenkomst anders dan de algemene regels in deze verzekeringsvoorwaarden? Dan gelden de specifieke regels van die overeenkomst. Deze specifieke regels gaan dus voor op de algemene regels.

Restitutie aanvullende verzekering
Uw aanvullende verzekering is een 'restitutieverzekering': wij vergoeden de kosten van de verzekerde zorg (restitutie).

Controle van uw polisblad
U moet de gegevens op uw polisblad controleren.
Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Geldende verzekeringsvoorwaarden
Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren.
Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden
De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet
De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.
Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

A.5. U wil uw verzekering beëindigen

Herroeping
Heeft u een (nieuwe) verzekering afgesloten? Dan mag u uw verzekering gratis herroepen. Herroepen betekent dat uw verzekering eindigt alsof deze niet heeft bestaan. Dat kan ook met terugwerkende kracht. U hoeft hier geen reden voor op te geven.
Voor herroeping gelden de volgende voorwaarden:
- u bent de verzekeringnemer;
- de herroeping is schriftelijk;
- de herroeping gaat om een verzekering die u kort geleden heeft afgesloten;
- de herroeping is binnen 14 dagen nadat de verzekering is ingegaan of binnen 14 dagen nadat u de polis heeft ontvangen.
  Als u al premie en kosten heeft betaald dan krijgt u deze binnen 30 dagen terug. Heeft u al vergoedingen ontvangen? Dan moet u deze binnen 30 dagen terugbetalen nadat u daarover bericht van ons heeft gehad.

Opzeggen of veranderen
U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari opzeggen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?
- u moet schriftelijk opzeggen;

- uw opzegging moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.

U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari veranderen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?
- u moet de verandering schriftelijk doorgeven;
- uw verzoek moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.
  Als wij de verandering goedkeuren, stopt uw oude verzekering tegelijk op 1 januari.

Zie ook:
- Verzekeringnemer }) (begrippen)

Opzeggen door verzekering bij andere zorgverzekeraar
Krijgen wij een bericht dat u zich bij een andere verzekeraar heeft aangemeld voor een zorgverzekering? Dan gaan wij ervan uit dat u uw verzekering(en) bij ons opzegt. Uw verzekering bij ons stopt op 1 januari nadat wij het bericht ontvangen.

Verandering van voorwaarden of premie van uw aanvullende verzekering
Veranderen wij de verzekeringsvoorwaarden of de premie van uw aanvullende verzekering? En is dat in uw nadeel? Dan krijgt u van ons bericht wat er verandert en wat voor keuzes u heeft. U kunt uw verzekering dan per diezelfde datum opzeggen of veranderen in een andere aanvullende verzekering. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?
- De opzegging of verandering moet u opsturen binnen 30 dagen na ons bericht;
- U moet schriftelijk opzeggen of veranderen.
  Wij moeten uw verandering goedkeuren. Als wij uw verzekering veranderen, krijgt u van ons nieuwe verzekeringsdocumenten en verzekeringsvoorwaarden.

Gaat het om een verandering omdat er in de wet iets is veranderd ? Dan kunt u uw verzekering niet opzeggen of veranderen.

Andere werkgevers collectiviteit
Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever? En gaat u aansluitend bij een andere werkgever werken met een andere collectieve verzekering? Dan kun u (verzekeringnemer) uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U moet dat schriftelijk aan ons doorgeven. Dat moet binnen 30 dagen nadat u begonnen bent bij uw nieuwe werkgever.
Wat zijn de mogelijkheden?
- U heeft bij ons een collectieve verzekering en kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij ons op. Deze collectieve verzekering bij ons eindigt dan op de dag dat u bij uw oude werkgever uit dienst gaat; of
- u heeft een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar en u kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij ons afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij de andere zorgverzekeraar op. Bij ons vraagt u een nieuwe collectieve verzekering aan. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag; of
- u heeft bij ons een collectieve verzekering en u kunt bij uw nieuwe werkgever een andere collectieve verzekering bij ons afsluiten. U vraagt ons dan om te wisselen van de oude naar de nieuwe collectieve verzekering. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag.

Verzekering voor iemand anders
Had u (verzekeringnemer) een verzekering voor iemand anders gesloten? En heeft deze verzekerde zelf een verzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze eerste verzekering ook in de loop van het jaar opzeggen.

Wanneer eindigt de opgezegde verzekering?

- Ontvangen wij uw opzegging uiterlijk op de dag vóór de ingang van de nieuwe verzekering? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.
- Ontvangen wij uw opzegging op de dag van de ingang van de nieuwe verzekering of daarna? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de laatste dag van de lopende maand, waarin wij de opzegging ontvangen.

Zie ook:
- Verzekerde }) (begrippen)
- Verzekeringnemer }) (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?
U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:
- als u de premie en kosten niet op tijd aan ons heeft betaald; en
- als wij u een herinnering hebben gestuurd om alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- als wij de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (tijdelijk gestopt) hebben; en
- als wij niet binnen 14 dagen akkoord gaan met uw opzegging.

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:
- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

Als u alle premies en kosten volledig aan ons betaald heeft, kunt u uw verzekering weer veranderen of opzeggen per de eerstkomende 1 januari.

A.14. Algemene verplichtingen

Uw algemene verplichtingen
U heeft een aantal algemene verplichtingen:
- U moet met een identiteitsbewijs kunnen laten zien wie u bent als u zorg nodig heeft in een ziekenhuis of in een Z.B.C.
- U moet ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts of de gecontracteerd zorgverlener de informatie geven die nodig is. Of helpen om deze informatie te krijgen.
- U moet uw behandelend arts of medisch specialist vragen om de reden van opname door te geven aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat u in hechtenis bent genomen, in de gevangenis zit of als u daartoe veroordeeld bent.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat uw hechtenis of gevangenschap is gestopt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt als de huidige verzekeringnemer niet meer zelfstandig over zijn vermogen mag beschikken.
- U moet ons binnen 30 dagen na overlijden van de verzekeringnemer laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt.

Zie ook:
- Medisch adviseur }) (begrippen)
- Verzekeringnemer }) (begrippen)

Als u uw algemene verplichtingen niet nakomt
Wat kunnen wij doen als u uw algemene verplichtingen niet nakomt? En u hierdoor onze belangen schaadt?
- U heeft geen recht meer op vergoeding van zorg.
- De vergoedingen die u eerder van ons ontving, kunnen wij terugvorderen.

Is iemand anders aansprakelijk voor de zorg(kosten) die u nodig heeft?
Iemand anders kan aansprakelijk zijn voor gebeurtenissen, omstandigheden of ongevallen waardoor u zorg nodig heeft. Hiervoor geldt:

- U moet dit zo snel mogelijk aan ons melden.
- U moet ons helpen als wij de kosten gaan verhalen. Als u ons niet helpt, kunnen wij u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan.
- U geeft vorderingen die u op anderen heeft of krijgt aan ons over bij de ingang van uw verzekering.
- U mag geen afspraken maken met degenen die wij aansprakelijk kunnen stellen voor de zorg(kosten). U mag hiervoor ook geen overeenkomst sluiten met bijvoorbeeld een andere verzekeraar.
  Als wij u vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven, mag u wel afspraken maken of een overeenkomst sluiten.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen
De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit? Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep. Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Werelddekking
Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres
U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.
Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.
In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.
Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Ingangsdatum en wijziging
Uw verzekering gaat in op de datum waarop wij uw aanmelding ontvangen. Als u nog bij een andere verzekeraar verzekerd bent dan kunt u aangeven dat uw verzekering later in moet gaan. De ingangsdatum moet wel aansluiten op uw vorige verzekering. De ingangsdatum van uw verzekering staat op uw polisblad.
U kunt aangeven dat uw verzekering veranderd moet worden. Dan beëindigen wij de verzekering die u op dat moment heeft omdat deze niet tegelijk met uw nieuwe verzekering kan lopen. Uw nieuwe verzekering komt dan dus in de plaats van uw oude verzekering.

Ingangsdatum aanvullende verzekering met terugwerkende kracht
U wilt uw aanvullende verzekering laten ingaan op de dag nadat uw verzekering bij een andere verzekeraar stopt. Dit kan als uw aanvraag binnen 1 maand na deze ingangsdatum bij ons binnen is.

Zie ook:
- Aanvullende verzekering }) (begrippen)

Verzekeringsduur aanvullende verzekering
Uw aanvullende verzekering duurt één heel jaar. Gaat uw aanvullende verzekering in de loop van het jaar in? Dan duurt uw aanvullende verzekering tot 1 januari en dan nog een heel jaar.

Jaarlijkse verlenging
Wij verlengen uw verzekering op 1 januari steeds met één jaar. Wij geven dit aan u door samen met de veranderingen voor het nieuwe verzekeringsjaar. U kunt dan uw verzekering veranderen of opzeggen.

Verzekeringsduur bij bijschrijving
Wordt in de loop van het jaar een gezinslid bijgeschreven op uw polis? Dan loopt die verzekering even lang als uw verzekering.

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist
In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:
- als wij geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Hier is sprake van wanneer onze vergunning als schadeverzekeringsbedrijf verandert of wordt ingetrokken. Wij sturen u 2 maanden van tevoren hierover een bericht;
- als u overlijdt. Dat moet binnen 30 dagen na de overlijdensdatum aan ons worden doorgegeven.

Bij misdrijf of overtreding
Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:
- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;

- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren
Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering die u heeft. Wij kunnen deze dan beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

Bij betalingsachterstand voor uw aanvullende verzekering
Bij een betalingsachterstand van 2 maanden of meer kunnen wij uw aanvullende verzekering(en) stoppen.

Bij einde gezinsdeelname aan uw verzekering
Is een verzekerde geen gezinslid meer? Of is een verzekerde niet meer tijdelijk in het buitenland maar is hij of zij daar gaan wonen?
Dan moet u (verzekeringsnemer) dat binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Wij stoppen dan de verzekering(en) van deze verzekerde.

Zie ook:
- Verzekerde }) (begrippen)

Einde van uw collectiviteitsdeelname en uw aanvullende verzekering(en)
In deze situaties veranderen wij uw collectieve verzekering in een individuele verzekering:
- als de collectieve overeenkomst eindigt;
- als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) heeft afgesloten via een rechtspersoon en
- deze persoon uw belangen niet meer behartigt; of
- als u geen gezinslid meer bent van een persoon van wie de belangen worden behartigd.
- als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) heeft afgesloten via uw werkgever en
- u niet meer bij die werkgever werkt; of
- uw werkgever aangeeft dat u geen deel meer kunt nemen aan de collectiviteit; of
- als u geen gezinslid meer bent van een werknemer die collectief verzekerd is bij die werkgever.

Gaat het om een collectieve verzekering via uw werkgever en gaat u uit dienst? Geeft u dit dan binnen 30 dagen nadat u uit dienst bent aan ons door. Dan kunt u nog bij deze collectieve verzekering blijven tot 1 januari van het volgende jaar. Als wij het bericht na 30 dagen ontvangen dan bepalen wij wanneer deze collectieve verzekering wordt veranderd in een individuele verzekering.
In de andere situaties wordt/worden de collectieve verzekering(en) aansluitend omgezet in een individuele verzekering.

Wat gebeurt er nog meer bij verandering van een collectieve verzekering naar een individuele verzekering?
- U krijgt de individuele verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had;
- de voorwaarden van een individuele verzekering gelden;
- u moet de premie voor een individuele verzekering gaan betalen.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering
Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.
Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)
Is uw verzekering beëindigd? Dan sturen wij u een 'beëindigingspolis' (royementsverklaring). Daarop staat welke verzekerden en welke verzekeringen er op de polis stonden, wat de premie was en wat de einddatum is.

A.15. Doorgeven van informatie

Als u verkeerde informatie geeft
U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:
- Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);
- U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen
Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:
- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of e-mailadres;
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis of verblijf in een gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Uw actuele adres
U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.
Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

A.9. Betalingsachterstand

Wat doen wij als u uw premie en kosten niet op tijd betaalt?
Als u niet op tijd en volledig betaalt, doen wij het volgende:
- wij sturen u een herinnering;
- als u daarna niet binnen 14 dagen betaalt dan sturen wij een 2e herinnering;
- wij verrekenen uw schuld met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en);
- als er dan nog schuld over is dan moet u die nog betalen. Daarvoor schakelen wij een deurwaarder in.

Aflossen van uw schuld
Met elk bedrag dat wij van u krijgen lost u een deel van uw schuld af.

Wat doen wij als u een betalingsachterstand heeft?
Als u uw premie en kosten niet op tijd betaalt kunnen wij:
- de dekking van uw aanvullende verzekering(en) even stopzetten (opschorten). Dat doen wij als uw schuld niet verrekend kan worden met geld waar u nog recht op heeft. Op de dag dat al uw schulden aan ons zijn betaald, heeft u weer recht op dekking uit uw aanvullende verzekering(en).
- uw aanvullende verzekering(en) beëindigen. U heeft dan geen aanvullende verzekering(en) meer.

Betaaltermijnkorting vervalt
Betaalt u langer dan één maand vooruit en krijgt u een betalingsachterstand? Dan veranderen wij de betalingsperiode naar één maand. U verliest dan de korting die u kreeg omdat u langere tijd vooruit betaalde. Deze betaaltermijnkorting vervalt voor alle verzekeringen waar u verzekeringnemer van bent. U kunt niet opzeggen omdat de korting vervalt.

Zie ook:
- Verzekeringnemer }) (begrippen)

Aflossen van uw schuld van uw aanvullende verzekering
Daarna lost u de schuld over uw aanvullende verzekering(en) af. U begint daarbij met het deel dat het langst openstaat.

Schuld uit meer betalingsperioden
Heeft u langere tijd niet betaald en heeft u daardoor schuld over meerdere perioden? Dan begint u met aflossen van de oudste periode. U moet uw schulden van alle verzekeringen per periode helemaal aflossen voordat u een volgende periode aflost. Dus zowel die van de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering(en) van die periode.
U kunt uw schuld dus niet splitsen.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw aanvullende verzekering?
De hoogte van de premie hangt af van de aanvullende verzekering die u kiest.

U kunt korting krijgen op uw premie:
- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt een toeslag op de premie;
- voor iedere verzekerde die alleen een aanvullende verzekering heeft en geen basisverzekering;
- voor verzekerden onder 18 jaar als de ouders niet dezelfde aanvullende verzekering hebben.

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:
- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten;
- eigen bijdrages die u zelf moet betalen als er geen volledige vergoeding is;
- extra kosten als u bijvoorbeeld niet via automatische afschrijving betaalt.

De premie en kosten zijn in euro's.

Premie aanvullende verzekeringen tot 18 jaar
Voor de aanvullende verzekering(en) is de premie voor kinderen tot 18 jaar ook € 0,-. Die verzekerde kinderen moeten dan dezelfde aanvullende verzekering(en) hebben als één van de ouders of verzorgers. Heeft uw kind niet dezelfde aanvullende verzekering of niet dezelfde reeks van aanvullende verzekeringen? Dan betaalt u voor dat kind voor alle aanvullende verzekeringen wel premie. Dit is dezelfde premie als voor een verzekerde vanaf 18 jaar.
Is de verzekerde 18 geworden? Vanaf 18 jaar betaalt u voor een kind altijd premie vanaf de 1e dag van de volgende maand.

Hechtenis of gevangenschap
Ben u in hechtenis (in huis van bewaring) of in de gevangenis? Dan onderbreken wij uw verzekering en hoeft u geen premie en kosten te betalen. Als u niet meer in hechtenis of gevangenschap bent, moet u dat aan ons doorgeven. Uw verzekering gaat dan weer verder en dan moet u weer premie en kosten gaan betalen.

Begin, verandering of einde van de verzekering
Verandert uw verzekering aan het einde van een betalingsperiode? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode opnieuw.
Begint, verandert of eindigt uw verzekering tijdens een betalingsperiode? Of wordt er een verzekerde bijgeschreven of uitgeschreven? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode ook opnieuw. We houden daarbij rekening met het moment van dat begin, de verandering of de beëindiging. Het kan zijn dat u geld terugkrijgt of dat u moet bijbetalen of dat we het verschil verrekenen.

A.10 Premie en kosten na beëindiging

Openstaande premie en kosten
Heeft u uw verzekering bij ons opgezegd en moet u nog premie of kosten betalen?
Als u een andere of nieuwe verzekering bij ons afsluit dan gaan we verrekenen. We verrekenen de openstaande schuld van uw oude verzekering met de vergoedingen uit uw nieuwe verzekering.
Moet u nog premie of kosten betalen? Dan stellen we vergoedingen uit totdat u alles betaald heeft.

Teveel betaald in een betalingsperiode
Stopt of verandert uw verzekering nadat u al premie heeft betaald?
Wij berekenen uw premie en eigen risico opnieuw. Als u teveel heeft betaald, betalen wij u die terug. Of we verrekenen met de nieuwe premie. U krijgt van ons bericht op welke manier we dit verwerken.

Teveel betaald nadat wij uw verzekering stoppen
Wij kunnen uw verzekering stoppen vanwege een (poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. U krijgt dan de door u betaalde premie en kosten niet terug.

A.12. Verplicht eigen risico

Geen eigen risico in uw aanvullende verzekering
Voor de vergoedingen uit uw aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.
Soms is zorg voor een deel eerst verzekerd in uw basisverzekering en voor een resterend deel verzekerd in uw aanvullende verzekering. Voor de vergoeding uit uw basisverzekering geldt dus wel verrekening met uw eigen risico; voor de vergoeding uit uw aanvullende verzekering niet.

Betaling aan zorgverlener of aan u
Wij vergoeden aan een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met een betaalovereenkomst als hij de zorg die u krijgt bij ons declareert. Wij vragen de kosten bij u terug (of verrekenen met u) als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen.

We vergoeden aan u als een niet-gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener zonder betaalovereenkomst bij ons declareert. Als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen dan trekken wij dit bedrag af van de vergoeding. U moet zelf de rekening volledig en op tijd betalen aan de zorgverlener.

Wij vergoeden ook aan u als u zelf de rekening naar ons instuurt.

Geen dekking voor eigen risico in aanvullende verzekeringen
Kosten uw uit basisverzekering die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico vergoeden wij niet uit uw aanvullende verzekering.

A.25. Wat als een situatie niet geregeld is?

Wat als een situatie niet geregeld is?
Als iets niet in onze verzekeringsvoorwaarden staat dan beslist onze raad van bestuur of directie hoe wij hiermee omgaan.

A.24. Nederlands Recht

Nederlands Recht
Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.