



Polisvoorwaarden

Aanvullende Verzekeringsvoorwaarden 2014

VGZ Gezin Pakket

Ga voor meer informatie over uw polis naar
<http://mijn.nedasco.nl>

Afdeling Zorg

033 - 46 70 870

Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.30 tot 17.00 uur.

Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten? U kunt deze informatie vinden op www.vgz.nl/zorggids of hiervoor bellen met de afdeling Zorg.

Ziekenvervoer

Wilt u een Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer? Dit kunt u vinden op onze website www.nedasco.nl of telefonisch opvragen.

Zorgadvies & bemiddeling

Wilt u zorgadvies of bemiddeling? U kunt hiervoor bellen met onze afdeling Zorg.

VGZ Gezondheidslijn

0900 - 2 123 123 (€ 0,10/min)

Alarmcentrale

+31 (0)592 390 835 (+= internationaal toegangsnummer)

VGZ Kraamzorg

0900 - 221 31 41 (€ 0,10/min)

Aanvragen toestemming

U kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling sturen naar:

Nedasco B.V.

t.a.v. team Medisch Advies

Postbus 1815

3800 BV Amersfoort

In deze verzekeringsvoorwaarden kunt u terugvinden in welke gevallen u toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota sturen naar:

Nedasco B.V.

t.a.v. ziektekostendeclaraties

Postbus 6253

4000 HG Tiel

U kunt informatie over uw Zorgverzekering ook vinden op www.nedasco.nl

Leeswijzer:

Deze verzekeringsvoorwaarden hebben betrekking op de aanvullende verzekeringen van VGZ. Hebt u een Gezinspakket afgesloten, kijk dan voor de artikelnummers van de vergoedingen en de voorwaarden in de inhoudsopgave op pagina 3.

De daadwerkelijke vergoedingen vindt u onderaan het betreffende artikel. Een aantal zorgvormen is gebundeld, zoals huidbehandelingen, preventie, beweegzorg en voetbehandelingen. De vergoeding voor deze zorgvormen is in de vorm van een budget. De hoogte van de budgetten vindt u terug onderaan het betreffende artikel. De verzekeringsvoorwaarden zijn een limitatieve opsomming van de vergoedingen. Alleen de beschreven aanspraken worden vergoed.

Wat is een budget?

Een budget is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dat budget opgenomen zorg. U hebt binnen het gemaximeerde bedrag vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	8
Artikel 3. Premie	10
Artikel 4. Overige verplichtingen	10
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	11
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van het VGZ Gezin Pakket	11
Artikel 7. Klachten en geschillen	12
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	13
II. VGZ Gezin Pakket	14
Artikel 9. Alternatieve zorg	14
Artikel 10. Beweegzorg	14
Artikel 11. Brillen en contactlenzen	16
Artikel 12. Anticonceptiemiddelen	16
Buitenland	17
Artikel 13. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	17
Artikel 14. Repatriëring	17
Preventie	17
Artikel 15. Cursussen	17
Artikel 16. Gezondheidstest	18
Artikel 17. Gewichticonsult	18
Advies en begeleiding	18
Artikel 18. Sport Medisch Advies	18
Artikel 19. Zorg voor vrouwen in de overgang	19
Vaccinaties	19
Artikel 20. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	19
Geboortezorg	19
Artikel 21. Verloskundige zorg	19
Artikel 22. Eigen bijdrage kraamzorg	19
Artikel 23. Luxe kraamzorg	19
Artikel 24. Kraampakket	20
Artikel 25. Adoptievergoeding	20
Artikel 26. Elektrische borstkolf	20
Artikel 27. Lactatiekundig consult	20
THUISZORG	20
Artikel 28. Huishoudelijke ondersteuning	20
Artikel 29. Kinderopvang	21
Huidbehandelingen	21
Artikel 30. Acnebehandeling	21
Artikel 31. Camouflagetherapie	21
Artikel 32. Ontharen	21
Hulpmiddelen	22
Artikel 33. Audiologische hulpmiddelen	22
Artikel 34. Mammaprothese	22
Artikel 35. Pruiken en mutsja's	22
Artikel 36. Plaswekker	22
Artikel 37. Steunpessarium	22
Medisch specialistische zorg	23
Artikel 38. Besnijdenis (medische circumcisie)	23
Artikel 39. Flapoorcorrectie	23

Artikel 40.	Redressiehelm	23
Artikel 41.	Sterilisatie	23
Psychologische zorg		24
Artikel 42.	Cogmed	24
Artikel 43.	Groepsbegeleiding	24
Artikel 44.	Neurofeedback	24
Artikel 45.	Seksuologische zorg	25
Voetbehandelingen		25
Artikel 46.	Voetverzorging voor de reumatische voet	25
Artikel 47.	Podotherapie	25
Artikel 48.	Steunzolen	25
Zorg voor oncologische patiënten		26
Artikel 49.	Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	26
Mantelzorg		26
Artikel 50.	Mantelzorgmakelaar	26
Artikel 51.	Vervangende mantelzorg	27
Verblijf		27
Artikel 52.	Herstellingsoorden en zorghotels	27
Artikel 53.	Hospice	27
Artikel 54.	Ronald McDonaldhuis/familiehuis	28
Artikel 55.	Therapeutische vakantiecampen	28
Vervoer		28
Artikel 56.	Vervoer in verband met transplantatie van organen	28
Tandheelkundige zorg/Mondzorg		29
Artikel 57.	Tandheelkundige zorg	29
Artikel 58.	Gebitsprothesen (kunstgebit)	29
Artikel 59.	Kronen ten gevolge van een ongeval	29
Artikel 60.	Orthodontische zorg	29
III.	Begripsomschrijvingen	31

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

1.2. Medische noodzaak

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

1.3. Door wie mag de zorg worden verleend

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

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

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

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

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

Artikel 9.	Alternatieve zorg
Artikel 10.	Beweegzorg
Artikel 28.	Huishoudelijke ondersteuning
Artikel 29.	Kinderopvang
Artikel 30.	Acnebehandeling
Artikel 31.	Camouflagetherapie
Artikel 32.	Ontharen
Artikel 42.	Cogmed
Artikel 43.	Groepbegeleiding
Artikel 50.	Mantelzorgmakelaar
Artikel 51.	Vervangende mantelzorg
Artikel 52.	Herstellingsoorden en zorghotels
Artikel 53.	Hospice
Artikel 56.	Vervoer in verband met transplantatie van organen

1.4. Vergoeding van de kosten van zorg

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

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

De maximale vergoedingen kunt u raadplegen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders VGZ Natura 2014'. Deze lijst kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

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

1.5. Insturen van nota's

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Verzoek

- Spaar uw nota's niet op. Stuur ze direct naar ons door.
 - Voeg de originele nota('s) bij een declaratieformulier. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling.
 - U ontvangt uw originele nota's niet terug. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie.
 - Stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voorin deze voorwaarden vindt.
-

1.6. Rechtstreekse betaling

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

1.7. Verrekening van kosten

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

1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee VGZ een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. Dat kan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin deze voorwaarden.

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

1.9. Ontlenen recht

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

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

1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

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

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

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

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

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

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

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

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

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de verzekering

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

2.2. Aanvullende verzekering VGZ Gezin Pakket

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

In de artikelen 1 tot en met 8 (hoofdstuk 1 Algemeen gedeelte) worden de algemene voorwaarden vermeld. In de artikelen 9 tot en met 60 wordt de (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken beschreven. De Begripsomschrijvingen vindt u in hoofdstuk III.

Hebt u op grond van de collectieve overeenkomst gesloten tussen uw werkgever en VGZ een Mix Aanvullende verzekering? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van Beweegzorg en Preventie vanuit de Mix Aanvullende Verzekering. U hebt in dat geval geen recht op de vergoeding van deze kosten vanuit het VGZ Gezin Pakket.

2.3. Bijbehorende documenten

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

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

U kunt deze documenten vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

2.4. Fraude

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

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

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

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

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

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

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

2.5. Bescherming persoonsgegevens

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

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
- voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties;
- voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand;
- voor onderzoek onder verzekerden of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;

- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude). Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin de voorwaarden.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist, www.stichtingcis.nl.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

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

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

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

2.6. Mededelingen

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

E-mail

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

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

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

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Nederlands recht

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

Artikel 3. Premie

3.1. Verschuldigdheid van premie

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

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt het VGZ Gezin Pakket op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijn betalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 werken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

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

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet-tijdige betaling het VGZ Gezin Pakket te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan het VGZ Gezin Pakket weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat het VGZ Gezin Pakket in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.5.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.5.5. Als wij het VGZ Gezin Pakket wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

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

5.2. Opzeggingsrecht

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

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

6.1. Begin en duur

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

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

6.2. Acceptatie voor het VGZ Gezin Pakket

6.2.1. Zorgverzekering

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

6.2.2. Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die bij u op de polis staan, kunnen één aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Heeft een van de verzekerde ouders/verzorgers op de polis een VGZ Gezin Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen Jonger dan 18 jaar ook een VGZ Gezin Pakket.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

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

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

6.3. Einde van rechtswege

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

- VGZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- VGZ stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering VGZ Gezin Pakket. Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

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

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

6.4. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

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

Zorgverzekering opzeggen

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

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt het VGZ Gezin Pakket tussentijds schriftelijk of per e-mail opzeggen:

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

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

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

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

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang het VGZ Gezin Pakket opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering

7.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering kunnen aan Nedasco B.V. worden voorgelegd ter attentie van Directiesecretariaat, postbus 59, 3800 AB Amersfoort.

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

7.2. Klachten over onze formulieren

7.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen ter attentie van Directiesecretariaat, postbus 59, 3800 AB Amersfoort.

7.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-

mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering(en). U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling.

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

Artikel 9. Alternatieve zorg

Omschrijving:

alternatieve zorg bestaat uit:

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

Wie mag de zorg verlenen:

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

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

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

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

Wilt u weten of een middel wordt vergoed?

U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

maximaal € 300 per kalenderjaar;

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

Bijzonderheden:

1. onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 17).
2. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10. Beweegzorg

Omschrijving:

beweegzorg bestaat uit:

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

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

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

Wie mag de zorg verlenen:

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

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

Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

5. alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

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

Waar mag de zorg worden verleend:

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

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

maximaal € 600 per kalenderjaar;

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

Wordt de zorg onder Omschrijving punt 1 tot en met 4 verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor 2013 zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden:

Jonger dan 18 jaar

1. niet-chronische aandoeningen: u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;

18 jaar en ouder:

2. chronische aandoeningen: u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering);
3. niet-chronische aandoeningen: u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie);
4. bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar: vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de 10e behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;

5. vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uren komen ten laste van de zorgverzekering;
6. u hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
 - arbocuratieve of re-integratietrajecten;
 - behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.
7. u hebt geen recht op behandelingen van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 11. Brillen en contactlenzen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen. De vergoeding geldt ook voor de wettelijke eigen bijdrage als de brillenglazen of filterglazen ten laste van de zorgverzekering zijn verstrekt voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticien of optiekbedrijf.

Voordelen

Er zijn speciale voordelen voor u als klant van VGZ. Kijk voor de actuele ledenvoordelen op www.nedasco.nl.

Vergoeding:

maximaal € 150 per 3 kalenderjaren, verzekerden tot 18 jaar maximaal € 200 per 3 kalenderjaren.

Bijzonderheden:

de kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Artikel 12. Anticonceptiemiddelen

Omschrijving:

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg leveren:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van):

huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding:

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorg- verzekering en het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Extra informatie

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje, worden ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

BUITENLAND

Artikel 13. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

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

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

U kunt gebruik maken van de VGZ Alarmcentrale. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden. Dit is vooral aan te raden als het om zorg gaat die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:

volledig

Artikel 14. Repatriëring

Omschrijving:

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

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

Wie mag de repatriëring verzorgen:

VGZ Alarmcentrale. Dit telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:

volledig

Bijzonderheden:

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

PREVENTIE

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

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

In de onderstaande artikelen worden deze vormen van preventie beschreven.

GEZOND LEVEN

Artikel 15. Cursussen

Omschrijving:

- cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, een kraamcentrum, een verloskundige(praktijk) of verzorgd door een yogadocent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);

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

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

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

Artikel 16. Gezondheidstest

Omschrijving:

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

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

Speciale afspraken met een aantal zorgaanbieders

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

Bijzonderheden:

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

Artikel 17. Gewichtsconsulent

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

Gewichtsconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN). Op www.gewichtsconsulenten.nl kunt u een gewichtsconsulent bij u in de buurt zoeken.

ADVIES EN BEGELEIDING

Artikel 18. Sport Medisch Advies

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

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

Artikel 19. Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

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

VACCINATIES

Artikel 20. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl).

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsen- praktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

Het totale budget voor preventie bedraagt:

maximaal € 400 per kalenderjaar

GEBOORTEZORG

Artikel 21. Verloskundige zorg

Omschrijving:

vergoeding van het verschil tussen het bedrag dat het ziekenhuis of een door ons gecontracteerd geboortecentrum in rekening brengt en de vergoeding die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Als u in het ziekenhuis of een door ons gecontracteerd geboortecentrum bevalt zonder medische noodzaak, dan vergoedt de zorgverzekering niet alle kosten.

Vergoeding:

volledig

Artikel 22. Eigen bijdrage Kraamzorg

Omschrijving:

vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering. De eigen bijdrage krijgt u vergoedt over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit de zorgverzekering aanspraak kunt maken.

Vergoeding:

volledig

Artikel 23. Luxe kraamzorg

Omschrijving:

extra ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging en omgang met haar kind. Daarnaast aan kraamzorg gerelateerde taken, zoals opvang van de andere aanwezige kinderen, opvang van bezoek, verzorging gezinswas, (voor)bereiding van de warme maaltijd.

De luxe kraamzorg kunt u op verschillende momenten ontvangen.

- als aanvulling op de reguliere kraamzorgperiode;
- aansluitend aan de reguliere kraamzorgperiode;
- na ontslag van de moeder en/of het kind uit het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.

Vergoeding:

Maximaal 15 uur.

Artikel 24. Kraampakket**Omschrijving:**

een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website of bellen met VGZ Kraamzorg.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 25. Adoptievergoeding**Omschrijving:**

een uitkering die u ontvangt als u uw adoptiekindje aanmeldt bij ons. U kunt dit bedrag besteden aan de medisch noodzakelijke keuring van uw kindje of u kunt er kraamzorg voor inkopen.

Vergoeding:

€ 300 per adoptiekind.

Artikel 26. Elektrische borstkolf**Omschrijving:**

huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van een zieke baby.

Vergoeding:

maximaal € 110 per bevalling.

Artikel 27. Lactatiekundig consult**Omschrijving:**

vergoeding van een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.

Wie mag de zorg verlenen:

lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Verwijsbrief van:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureauarts of Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol kunt u vinden op onze website.

Vergoeding:

maximaal € 100 per bevalling.

THUISZORG**Artikel 28. Huishoudelijke ondersteuning****Omschrijving:**

hulp bij het huishouden in Nederland bij ziekte, ongeval of tijdens of na ziekenhuisopname van u als u geen aanspraak heeft op huishoudelijke hulp op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Wie mag de zorg verlenen:

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

Vergoeding:

maximaal 10 uur per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze afdeling Zorg 033 - 46 70 870;
2. de huishoudelijke ondersteuning wordt binnen twee werkdagen geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt;
3. onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.

Artikel 29. Kinderopvang**Omschrijving:**

kinderopvang in Nederland bij u thuis voor uw kinderen tot de leeftijd van 12 jaar als:

1. uw kind ziek is, waardoor de reguliere kinderopvang geen doorgang kan vinden;
2. u of uw partner of een ander kind binnen uw gezin in het ziekenhuis opgenomen wordt.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van kinderopvang kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze afdeling Zorg 033 - 46 70 870.

Vergoeding:

maximaal 24 uur per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

kinderopvang wordt maximaal binnen twee werkdagen geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt.

HUIDBEHANDELINGEN

Een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

Artikel 30. Acnebehandeling**Omschrijving:**

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

Wie mag de zorg verlenen:

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

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

Artikel 31. Camouflagetherapie**Omschrijving:**

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

Wie mag de zorg verlenen:

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

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

Artikel 32. Ontharen**Omschrijving:**

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

Wie mag de zorg verlenen:

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

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

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:

maximaal € 500 per kalenderjaar

HULPMIDDELEN

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

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

Artikel 33. Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel.

Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Artikel 34. Mammaprothese

Omschrijving:

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

Artikel 35. Pruiken en mutsja's

Omschrijving:

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

Bijzonderheden:

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

Artikel 36. Plaswekker

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van wekapparatuur of plaswekker voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages.

Artikel 37. Steunpessarium

Omschrijving:

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

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:

maximaal € 250 per kalenderjaar

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 38. Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:

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

Toestemming:

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

Vergoeding:

maximaal € 600.

Artikel 39. Flapoorcorrectie

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van correctie van uitstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot 18 jaar.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

Vergoeding:

gecontracteerde zorgaanbieder: volledig;
niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 1.500.

Artikel 40. Redressiehelm

Omschrijving:

behandeling met een redressiehelm voor kinderen tot 14 maanden. Er moet sprake zijn van een ernstige afplatting van de achterzijde van het hoofd (brachycefalie) of ernstige scheefgroei van het hoofd (plagiocefalie) zonder dat er sprake is van het vroegtijdig sluiten van de schedelnaden (craniosynostose).

Wie mag de zorg verlenen:

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

Verwijsbrief van:

kinderarts.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 41. Sterilisatie

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een bevoegd huisarts.

Vergoeding:

sterilisatie van de man maximaal € 800,-
sterilisatie van de vrouw maximaal € 1.250,-

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 42. Cogmed

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van cogmed voor verzekerden tot 18 jaar. Cogmed is een trainingsprogramma dat helpt het concentratievermogen te verbeteren en vergroot het zogenaamde 'werkgeheugen'. Het is een intensieve training (5 dagen in de week) die thuis op de computer 'gespeeld' wordt onder begeleiding van een coach. De vergoeding van deze methode betreft behandeling en licentiekosten.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief van:

huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Indicatie:

werkgeheugen/leerproblemen veroorzaakt door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Vergoeding:

maximaal € 400 per kalenderjaar.

Artikel 43. Groepsbegeleiding

Omschrijving:

groepsbegeleiding voor kinderen tot en met 18 jaar van ouders met een psychische aandoening of verslaving.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons gecontracteerde GGZ-instelling. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief van:

huisarts.

Vergoeding:

de zorg wordt vergoed tot ten hoogste € 400 per kalenderjaar.

Artikel 44. Neurofeedback

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar. Neurofeedback is een behandelmethode bij ADHD en ADD. Door middel van training functioneren de hersenen beter. U kunt zich beter concentreren, waardoor (psychische) problemen kunnen worden verminderd.

Wie mag de zorg verlenen:

psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven als neurofeedbackbehandelaar in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijsbrief van:

huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Indicatie:

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Vergoeding:

maximaal € 1.000 per kalenderjaar.

Artikel 45. Seksuologische zorg**Omschrijving:**

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

Wie mag de zorg verlenen:

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

Verwijsbrief van:

huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding:

maximaal 4 zittingen tot maximaal € 60 per zitting.

Bijzonderheden:

een zitting duurt minimaal 60 minuten.

VOETBEHANDELINGEN

een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

Artikel 46. Voetverzorging voor de reumatische voet**Omschrijving:**

voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis.

Wie mag de zorg verlenen:

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

Artikel 47. Podotherapie**Omschrijving:**

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

Wie mag de zorg verlenen:

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

Artikel 48. Steunzolen**Omschrijving:**

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

Wie mag de zolen leveren:

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

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt:

maximaal € 300 per kalenderjaar.

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

Artikel 49. Revalidatie- programma Herstel & Balans®

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

Instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Vergoeding:

maximaal € 800 per diagnose

MANTELZORG

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

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

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

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg.

Artikel 50. Mantelzorgmakelaar

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze Afdeling Zorg, telefoonnummer 033 - 46 70 870. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaar.

Gaat u zonder verwijzing van onze Afdeling Zorg naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal € 500 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

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

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

Artikel 51. Vervangende mantelzorg

Omschrijving:

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

Wie mag de vervangende mantelzorg leveren:

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

Gaat u naar een organisatie waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal 9 dagen per kalenderjaar.

Let op

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

VERBLIJF

Artikel 52. Herstellingsoorden en zorghotels

Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

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

Wie mag de zorg verlenen:

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

Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief van:

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

Vergoeding:

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

Artikel 53. Hospice

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

Een door VGZ erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:
maximaal € 30 per dag

Artikel 54. Ronald McDonaldhuis/familiehuis

Omschrijving:

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

Vergoeding:
maximaal € 400 per kalenderjaar.

Artikel 55. Therapeutische vakantiecampen

Omschrijving:

verblijf in één van de volgende therapeutisch vakantiecampen voor verzekerden tot 18 jaar:

- Vakantiekamp van de Diabetesvereniging Nederland
- Vakantiekamp van Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Vakantiekamp van de Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen.

Vergoeding:
maximaal € 300 per kalenderjaar.

VERVOER

Artikel 56. Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving:

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

Wie mag het taxivervoer verzorgen:

Een door ons gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten?
Dan vergoeden wij de kosten niet.

Op voorschrift van:

Huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

U hebt voorafgaande toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:

Taxivervoer: volledig

Vervoer per eigen auto: € 0,31 per kilometer

Bijzonderheden:

Het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG

Artikel 57. Tandheelkundige zorg

Omschrijving:

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

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

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

Wie mag de zorg verlenen:

Tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:

80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

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

Artikel 58. Gebitsprothesen (kunstgebit)

Omschrijving:

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

Vergoeding:

volledig.

Artikel 59. Kronen ten gevolge van een ongeval

Omschrijving:

Kroon- en brugwerk ten gevolge van een ongeval. Op indicatie kan in plaats van een brug ook een kroon met implantaat voor vergoeding in aanmerking komen.

Onder ongeval verstaan we een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig.

Vergoeding:

volledig

Artikel 60. Orthodontische zorg

Artikel 60.1 Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving:

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

80% tot maximaal €2.500 voor de hele looptijd van de verzekering.

Artikel 60.2 Voor verzekerden van 18 jaar en ouder**Omschrijving:**

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

Maximaal €350 voor de hele looptijd van de verzekering.

Let op

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

Aanvullende verzekering(en):	De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).
AWBZ:	De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
Caresco:	De gevolmachtigde agent aan wie door VGZ Zorgverzekeraar NV volmacht is verleend ter zake uitvoering van de zorgverzekeringen. Caresco B.V. voert de zorgverzekering uit onder de handelsnaam Nedasco.
Collectieve overeenkomst:	Een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen ons en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een VGZ Zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.
Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):	Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.
Europese Unie en EER-lidstaat:	Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
Fraude:	Het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.
Instelling:	1. Een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen; 2. Een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen
Machtiging:	Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ons voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
Nedasco:	Een handelsnaam van de gevolmachtigde Caresco B.V.
U:	Verzekeringnemer en/of verzekerde.
Verblijf:	Verblijf met een duur van 24 uur of langer.
Verdragsland:	Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
Verzekerde:	Degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door Nedasco/VGZ, is vermeld.

Verzekeringnemer:	Degene die met ons een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.
VGZ:	VGZ Zorgverzekeraar N.V., gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 09156723. Zorgverzekeraar VGZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. Zorgverzekeraar VGZ is onderdeel van Coöperatie VGZ U.A.
Wij/ons:	VGZ Zorgverzekeraar N.V. en Caresco B.V. als gevolmachtigde van VGZ.
Voorkeursleverancier:	Een leverancier waarmee VGZ een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.
Wmg-tarieven:	Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
Ziekenhuis:	Een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.
Zorghotel:	Een door VGZ gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.
Zorgverzekering:	Een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaat.