



Verzekeringsvoorwaarden 2017

**VGZ Zuid-Limburgpakket**



# Welkom bij VGZ

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw aanvullende verzekering(en) bij VGZ. U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekeringspakketten, terecht op [www.vgz.nl](http://www.vgz.nl).

Voor goede zorg **zorg je samen**

## Mijn VGZ

Via 'Mijn VGZ' kunt u onder andere uw declaraties inzien.

Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen op [www.mijnvgz.nl](http://www.mijnvgz.nl).

## Belangrijke informatie

### Contact

Kijk op [www.vgz.nl/contact](http://www.vgz.nl/contact) voor onze contactgegevens.

### Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgaanbieders

Onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgaanbieders vindt u op [www.vgz.nl/vergelijk-en-kies](http://www.vgz.nl/vergelijk-en-kies).

### Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming nodig hebt? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op [www.vgz.nl](http://www.vgz.nl). Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

VGZ

T.a.v. Machtigingen

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven

### Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via [www.mijnvgz.nl](http://www.mijnvgz.nl). U kunt veilig inloggen met uw DigiD. Het bedrag dat wij vergoeden ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening.

Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

VGZ Zuid-Limburgpakket

Antwoordnummer 9292

5600 VM Eindhoven.



# Inhoud

<b>I. Algemeen gedeelte</b>	<b>5</b>
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	8
Artikel 3. Premie	10
Artikel 4. Overige verplichtingen	11
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	11
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	12
Artikel 7. Klachten en geschillen	14
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	14
<b>II. Wettelijk verplicht eigen risico</b>	<b>15</b>
Artikel 9. Herverzekering wettelijk verplicht eigen risico	15
<b>III. Vergoeding aanvullende verzekering</b>	<b>15</b>
<b>ALTERNATIEVE ZORG</b>	<b>15</b>
Artikel 10. Consulten, behandelingen en homeopathische geneesmiddelen	15
<b>THERAPIËN</b>	<b>16</b>
Artikel 11. Acnebehandeling	16
Artikel 12. Camouflagetherapie	16
Artikel 13. Ontharen	16
Artikel 14. Cogmed tot 18 jaar	17
Artikel 15. Seksuologische zorg	17
Artikel 16. Fysiotherapie	17
Artikel 17. Oefentherapie Cesar/Mensendieck	19
Artikel 18. Neurofeedback tot 18 jaar	20
Artikel 19. Overgangsconsulente	20
Artikel 20. Podothérapie	20
Artikel 21. Psoriasisbehandeling	20
Artikel 22. Voetverzorging	21
<b>HULPMIDDELEN</b>	<b>21</b>
Artikel 23. Bekkenbandages	21
Artikel 24. Brillen en contactlenzen	21
Artikel 25. Eenvoudige loophulpmiddelen	22
Artikel 26. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	22
Artikel 27. Plaswekker	22
Artikel 28. Pruiken	23
Artikel 29. Steunpessarium	23
Artikel 30. Steunzolen of therapiezolen	23
<b>BUITENLAND</b>	<b>24</b>
Artikel 31. Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland (werelddekking)	24
Artikel 32. Vaccinaties	24
<b>PREVENTIE</b>	<b>25</b>
Artikel 33. Cursussen	25
Artikel 34. Stoppen met roken	25
Artikel 35. Sportadviezen	25

<b>GEBOORTEZORG</b>	<b>25</b>
Artikel 36. Combinatietest	25
Artikel 37. Kraampakket	26
Artikel 38. Geboorte-uitkering	26
Artikel 39. Kraamzorg	26
<b>DIVERSEN</b>	<b>27</b>
Artikel 40. Anticonceptie voor verzekerden vanaf 21 jaar	27
Artikel 41. Dieetkosten	27
Artikel 42. Eigen bijdrage VGZ Ruime Keuze	27
Artikel 43. Eigen bijdrage Wmo	28
Artikel 44. Vervangende mantelzorg	29
Artikel 45. Personenalarmering	29
Artikel 46. Sterilisatie	29
<b>MONDZORG</b>	<b>30</b>
Artikel 47. Tandheelkundige hulp	30
Artikel 48. Prothetische voorzieningen	30
Artikel 49. Tandheeldkundige orthodontische hulp (beugels) voor verzekerden jonger dan 18	31

## **IV. Begripsomschrijvingen** **32**

# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

### 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. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Voor een aantal vormen van zorg hebben we zorgaanbieders gecontracteerd, aangewezen of erkend. Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgaanbieders vindt u op onze website.

#### Extra bepalingen hulpverlening

Behandelingen door zorgaanbieders in een van de lidstaten van de Europese Unie komen ook voor vergoeding in aanmerking als deze zorgaanbieders:

- aangesloten zijn bij een beroepsorganisatie die dezelfde behandelingen verricht als de vereiste Nederlandse beroepsorganisatie en daaraan dezelfde eisen en voorwaarden stelt en;
- in het bezit zijn van een diploma gelijk aan het vereiste Nederlandse diploma.

Behandelingen in/door instellingen gevestigd in een van de lidstaten van de Europese Unie komen ook voor vergoeding in aanmerking als deze instellingen:

- erkend zijn door een organisatie die aan de verrichtingen van de instelling dezelfde eisen en voorwaarden stelt als de erkende Nederlandse organisatie en;
- gelijke behandelingen/activiteiten verrichten als de vereiste Nederlandse instelling.

### 1.4. Vergoeding van de kosten van (verzekerde)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, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

#### 1.4.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

#### 1.4.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Een aantal vormen van zorg mogen alleen worden verleend door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de kosten niet. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden.

Gaat u voor fysiotherapie, oefentherapie, oedeemtherapie, ergotherapie en diëtetiek naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De maximale vergoedingen voor deze zorg kunt u raadplegen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

#### 1.4.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgaanbieder

Een aantal vormen van zorg mogen alleen worden verleend door een door ons aangewezen of erkende zorgaanbieder. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

#### 1.4.4. Budget

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. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aange-toond.

---

#### Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar [www.mijnvgz.nl](http://www.mijnvgz.nl). U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

---

#### 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 schriftelijke toestemming vooraf 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 toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, dan hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij 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 vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben afgesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

### 1.9. Wanneer hebt u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

### 1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015; tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- reiskosten verbonden aan zorg uit de aanvullende verzekering;
- vergoeding van 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 die of eigen risico dat u verschuldigd bent 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 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 Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

### 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 (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht

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

---

### Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (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.

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 aanvullende verzekering

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

### 2.2. Aanvullende verzekering

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

### 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;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Het Reglement gezichtshulpmiddelen.

U vindt deze documenten op onze website.

### 2.4. Fraude

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

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan 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(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit persoonsgegevens en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken. Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) en medepleger(s):

- 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 en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat wij uw aanvullende verzekering kunnen beëindigen. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.



## 2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van de (aanvullende) (zorg)verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerden-administratie.

### Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers 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);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Wij zijn verplicht uw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de functionaris voor de gegevensbescherming (FG) terecht via het e-mailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

---

### Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering 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 alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in 'Mijn VGZ'.

---

### E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt ook verstaan 'per e-mail' als u daarvoor hebt gekozen. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

---

## 2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk 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 de aanvullende verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

## 2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

# Artikel 3. Premie

## 3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18<sup>e</sup> verjaardag geen premie te worden betaald. 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 bepaald in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt 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 bepaald in de collectieve overeenkomst.

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.

3.3.2. U bent premie verschuldigd met ingang van de eerste dag van uw inschrijving tot en met de dag van uitschrijving. Voor de betaling van de verschuldigde premie dient u ons een machtiging te verstrekken voor automatische incasso.

### Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruikmaakt van automatische incasso, dan betaalt u € 1,50 voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling.

Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en u kiest voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.3.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. 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 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

## 3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

## 3.5. Niet-tijdig betalen

3.5.1. Indien wij de door u verschuldigde premie gedurende een periode van 2 maanden niet kunnen incasseren, ondanks dat u een machtiging voor automatische incasso hebt afgegeven, zal de gemeente daarvan op de hoogte worden gesteld.

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, dan kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.

Wij hebben het recht bij niet-tijdige betaling de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. In het geval dat de volledige betalingsachterstand wordt omgezet in een aflossingsafpraak of betalingsregeling wordt de aanvullende verzekering per 1e van de 2e maand aansluitend op de maand waarin de betalingsregeling is overeengekomen en vastgelegd, hersteld.

**3.5.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
- incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum.

**3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen of kosten, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

**3.5.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

**3.5.5.** Als wij de aanvullende verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, dan 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 zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten, die er voor (kunnen) zorgen 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. Zorgkosten als gevolg van bijvoorbeeld een ongeval waarbij derden aansprakelijk zijn, kunnen op de aanvullende verzekeringen worden verhaald. U dient daarom bij het indienen van uw declaraties op het declaratieformulier aan te geven of er sprake is van een ongeval, zodat wij na kunnen gaan of derden aansprakelijk gesteld kunnen worden. Verder dient u aan ons alle informatie te verstrekken die van belang kan zijn voor het verhalen van zorgkosten op derden. U mag zonder toestemming van ons geen regeling treffen met derden over mogelijk te verhalen zorgkosten;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

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

## Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

### 5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering 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.

Het verzekeringspakket wordt per het einde van de looptijd van de verzekering, zijnde 31 december van het lopende jaar, gewijzigd:

- a. door beëindiging van de uitkering voor levensonderhoud op grond van de WWB, Bbz, de loaw of de loaz of daarvoor in de plaats komende regelingen door de Gemeentelijke Sociale Dienst;
- b. op het moment dat u niet meer voldoet aan de voorwaarden van het door de gemeente geformuleerde beleid behorend bij de tussen de gemeente en VGZ afgesloten overeenkomst.

Bij beëindiging van de uitkering voor levensonderhoud op grond van de WWB, Bbz, de loaw of de loaz of op het moment dat u niet meer voldoet aan de voorwaarden van het door de gemeente geformuleerde beleid behorend bij de tussen de gemeente en VGZ afgesloten overeenkomst, wordt het verzekeringspakket VGZ Zuid-Limburg automatisch omgezet in het VGZ Aanvullend Goed en VGZ Tand Goed die eindigt op de dag waarop het oorspronkelijke verzekeringspakket zou zijn geëindigd.

## **5.2. Opzeggingsrecht**

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering 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 de overeenkomst opzeggen 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.

U kunt het verzekerde pakket jaarlijks, per 1 januari, wijzigen naar één of meerdere aanvullende verzekeringspakketten van Zorgverzekeraar VGZ, op voorwaarde dat u deze wijziging uiterlijk 31 december van het daaraan voorafgaande kalenderjaar schriftelijk hebt doorgegeven en dat ook wordt voldaan aan de voorwaarden van het nieuw gekozen pakket.

# **Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering**

## **6.1. Begin en duur**

Aanmelding voor VGZ Zuid-Limburgpakket kan door middel van een door u volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier. Voor personen jonger dan 18 jaar dient de wettelijke vertegenwoordiger (meestal een van de ouders) de verzekering aan te vragen. Personen jonger dan 18 jaar kunnen worden ingeschreven voor VGZ Zuid-Limburgpakket als tenminste een van de wettelijke vertegenwoordigers voor ditzelfde verzekeringspakket geaccepteerd wordt. De overeenkomst komt tot stand door acceptatie van de aanmelding door VGZ. Na acceptatie ontvangt u van ons een bevestiging.

De aanvullende verzekering kan worden afgesloten met als ingangsdatum de datum waarop u een uitkering voor levensonderhoud op grond van de WWB, Bbz, de loaw of de loaz ontvangt of met ingang van de datum dat u voldoet aan de voorwaarden van het door de gemeente geformuleerde beleid behorend bij de tussen de gemeente en VGZ afgesloten overeenkomst.

De ingangsdatum van deze verzekering kan niet liggen voor de ingangsdatum van de door u afgesloten VGZ Ruime Keuze. Indien u niet als basisverzekering de VGZ Ruime Keuze hebt afgesloten, dient u door middel van een kopie van uw polis van uw basisverzekering, de ingangsdatum daarvan aan te tonen. De verzekering wordt gesloten voor onbepaalde duur.

## **6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering**

### **6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering**

U dient de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering VGZ Ruime Keuze met een wettelijk verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar sluiten. Er geldt geen medische selectie. U kunt zich bij ons aanmelden voor het VGZ Zuid-Limburgpakket indien u behoort tot de groep van inwoners waarvoor uw gemeente een overeenkomst met VGZ heeft afgesloten.

### **6.2.2. Wijziging aanvullende verzekering**

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen. 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 de 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

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

- de zorgverzekeraar 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;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde Aanvullende verzekering. 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 de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

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

### 6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen?

#### 6.4.1. Jaarlijks

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

---

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

---

#### 6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering.
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

#### 6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.

### 6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst inroepen, schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- bij beëindiging van de afspraken op grond waarvan u bent toegetreden tot de collectieve verzekering. De aanvullende verzekering wordt dan per de eerste van de volgende maand dat het recht op de collectieve verzekering is vervallen omgezet in de VGZ Aanvullend Goed en het VGZ Tand Goed;
- als er sprake is van het niet op tijd 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 de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering bij ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.



## Artikel 7. Klachten en geschillen

### 7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

U kunt ervan uitgaan 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. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

---

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent
- 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.

---

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, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

### 7.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om een klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

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, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://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. 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.

#### Extra bepaling juridische begeleiding

VGZ kan u behulpzaam zijn als u bijvoorbeeld persoonlijke schade geleden hebt door een ongeval, waarvoor een derde aansprakelijk is, en waarvoor VGZ zorgkosten heeft betaald en deze kosten heeft verhaald. Ook kan VGZ u helpen als u bijvoorbeeld een klacht hebt over een zorgaanbieder.

## II. Wettelijk verplicht eigen risico

### Artikel 9. Herverzekering wettelijk verplicht eigen risico

#### Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten die voor rekening van de verzekerde komen op grond van het verplicht eigen risico in de VGZ Ruime Keuze Keuze. Het verplicht eigen risico is beperkt tot maximaal € 385 per kalenderjaar.

## III. Vergoeding aanvullende verzekering

### ALTERNATIEVE ZORG

### Artikel 10. Consulten, behandelingen en homeopathische geneesmiddelen

#### Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 50 per consult tot een maximum van € 300 per kalenderjaar. Maximaal 1 consult per dag.

#### Omschrijving

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
  - a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
  - b. antroposofie;
  - c. homeopathie;
  - d. natuurgeneeswijzen;
  - e. psychosociale zorg;
  - f. alternatieve beweegzorg (bijvoorbeeld chiropractie en osteopathie).

#### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

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

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

---

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen via ons Klantcontactteam, het telefoonnummer vindt u op onze website. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

---

#### Bijzonderheden

Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps) behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- relatietherapie;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
- celtherapie en chelatietherapie.

## **THERAPIEËN**

### **Artikel 11. Acnebehandeling**

**Omschrijving**

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

**Vergoeding**

Volledige vergoeding tot maximaal € 115 per kalenderjaar.

**Wie mag de zorg verlenen**

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website.

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

**Verwijzing**

U hebt een verwijsbrief nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

### **Artikel 12. Camouflagetherapie**

**Omschrijving**

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

**Vergoeding**

Volledige vergoeding tot maximaal € 115 per kalenderjaar.

**Wie mag de zorg verlenen**

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website.

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

**Verwijzing**

U hebt een verwijsbrief nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

### **Artikel 13. Ontharen**

**Omschrijving**

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

**Vergoeding**

Volledige vergoeding tot maximaal € 410 voor een behandelserie van maximaal 12 maanden, eenmalig voor de hele looptijd van de verzekering.

**Verwijzing**

U hebt een verwijsbrief nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

**Wie mag de zorg verlenen**

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen.

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

## Artikel 14. Cogmed tot 18 jaar

### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar met een werkgeheugenprobleem of een leerprobleem veroorzaakt door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder). De vergoeding van de methode betreft behandeling en licentiekosten.

### Vergoeding

Maximaal € 400 per kalenderjaar.

### Wie mag de zorg verlenen

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, gezondheidszorgpsycholoog, kind- en jeugdpsycholoog die is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het register van de Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen (NVO). De behandelaar moet gecertificeerd zijn als Cogmed-coach. Kijk op de website welke Cogmed-coach de zorg mag verlenen.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

## Artikel 15. Seksuologische zorg

### Omschrijving

Zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

### Vergoeding

Maximaal 4 zittingen per kalenderjaar, maximaal € 60 per zitting.

### Wie mag de zorg verlenen

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

### Verwijzing

U hebt een verwijsbrief nodig van een huisarts of een bedrijfsarts

### Bijzonderheden

Een zitting duurt minimaal 60 minuten.

## Artikel 16. Fysiotherapie

### 16.1. Jonger dan 18 jaar op basis van niet-chronische indicatie

### Omschrijving

Zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

### Wie mag de zorg verlenen

(Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, oedeemtherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut.

### Vergoeding

Maximaal 12 behandelingen fysiotherapie of 24 groepsbehandelingen (voor 5-10 personen) per kalenderjaar waarvan maximaal 6 behandelingen manuele therapie in aansluiting op de VGZ Ruime Keuze.

### Voorwaarden

U hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering.

## 16.2. 18 jaar en ouder op basis van niet-chronische indicatie

### Omschrijving

Zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

### Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, oedeemtherapeut, geriatrisch fysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut.

### Vergoeding

Maximaal 12 behandelingen fysiotherapie of 24 groepsbehandelingen (voor 5-10 personen) per kalenderjaar waarvan maximaal 6 behandelingen manuele therapie.

## 16.3. 18 jaar en ouder op basis van chronische indicatie

### Omschrijving

Zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

### Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut of oedeemtherapeut.

### Vergoeding

De eerste 20 behandelingen voorafgaand aan de VGZ Ruime Keuze.

### Voorwaarden (van toepassing op 16.1, 16.2 en 16.3)

- Fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut).
- Oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
- Voor behandeling op grond van een chronische medische indicatie hebt u vooraf onze toestemming nodig.
- De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen op grond van de VGZ Ruime Keuze.
- Kinderfysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, bekkenfysiotherapie, geriatrische fysiotherapie of psychosomatische fysiotherapie kan alleen worden gegeven door een fysiotherapeut die is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie.
- De zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.
- Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan worden de kosten vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.
- Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan worden de kosten van de behandeling vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor 2017 zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders.

---

### Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

---



## Artikel 17. Oefentherapie Cesar/Mensendieck

### 17.1. Jonger dan 18 jaar op basis van niet-chronische indicatie

#### Omschrijving

Zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.

#### Wie mag de zorg verlenen

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de kinderoefentherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

#### Vergoeding

Maximaal 12 behandelingen of 24 groepsbehandelingen (voor 5-10 personen) per kalenderjaar in aansluiting op de VGZ Ruime Keuze.

#### Voorwaarden

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.

### 17.2 18 jaar en ouder op basis van niet-chronische indicatie

#### Omschrijving

Zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.

#### Wie mag de zorg verlenen

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de kinderoefentherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

#### Vergoeding

Maximaal 12 behandelingen of 24 groepsbehandelingen (voor 5-10 personen) per kalenderjaar.

### 17.3. 18 jaar en ouder op basis van chronische indicatie

#### Omschrijving

Zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.

#### Wie mag de zorg verlenen

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de kinderoefentherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

#### Vergoeding

De eerste 20 behandelingen per aandoening, per kalenderjaar voorafgaand aan de VGZ Ruime Keuze.

#### Voorwaarden (van toepassing op 17.1, 17.2 en 17.3)

- Voor behandeling op grond van een chronische medische indicatie is voorafgaande schriftelijke toestemming (machtiging) van ons vereist.
- De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen ten laste van de VGZ Ruime Keuze.
- Kinderoefentherapie of psychosomatische oefentherapie kan alleen worden gegeven door een oefentherapeut die is ingeschreven in het door de VvOCM en ZN aangewezen Register Verbijzonderde Oefentherapeuten.
- De zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.
- Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan worden de kosten vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.
- Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan worden de kosten van de behandeling vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor 2017 zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders.

## Artikel 18. Neurofeedback tot 18 jaar

### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar met een diagnose ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

### Vergoeding

Maximaal € 1.000 per kalenderjaar

### Wie mag de zorg verlenen

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

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

## Artikel 19. Overgangsconsulente

### Omschrijving

Voorlichting aan en advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

### Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten voor maximaal 9 consulten voor de hele looptijd van de verzekering.

### Voorwaarde

De behandeling moet gegeven worden door een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in de problematiek rondom de overgang of in advies op het gebied van vrouwen en hormonen of door een vrijgevestigd overgangsconsulente die is aangesloten bij de vereniging Care for Women of bij de overgangspraktijk Women's Life.

## Artikel 20. Podotherapie

### Omschrijving

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

### Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten voor consulten tot maximaal € 150 per kalenderjaar.

### Verwijzing

U hebt een verwijsbrief nodig van de behandelend medisch specialist of eigen huisarts waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor podotherapie aanwezig is.

### Wie mag de zorg verlenen

Podotherapeut die is aangesloten bij de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten).

## Artikel 21. Psoriasisbehandeling

### Omschrijving

Behandeling gericht op het bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis door middel van balneotherapie.

### Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten van behandelingen tot maximaal € 1.350 per kalenderjaar.

### Voorwaarden

- U hebt een verwijsbrief nodig van een dermatoloog, waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie (ernstige vorm van psoriasis) voor psoriasisbehandeling aanwezig is.

- De behandeling moet gegeven zijn in en door ons aangewezen zorgaanbieder (een van de psoriasis-behandelingscentra te Ede, Rotterdam of Rhoon, Skin Therapy te Schagen of in een centrum dat verbonden is aan een ziekenhuis in Nederland).
- Aanspraak op lichttherapie in de thuissituatie en andere vormen van therapie voor de bestrijding van psoriasis is opgenomen in de basisverzekering.

## Artikel 22. Voetverzorging

### Omschrijving

Pedicurezorg (voetbehandelingen) voor verzekerden met reuma en diabetici met zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn)klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

### Vergoeding

De kosten voor voetverzorging tot maximaal € 150 per kalenderjaar.

### Wie mag de zorg verlenen

Een podotherapeut die is aangesloten bij de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten) of pedicure met de aantekening 'reumatische voet' en/of diabetische voet geregistreerd in het KRP (KwaliteitsRegister voor Pedicures).

### Voorwaarden

- U hebt recht op bepaalde voetverzorging bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetverzorging in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
- Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure het zorgprofiel vermelden.
- De vermelde zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetverzorging die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u hebt.

## HULPMIDDELEN

## Artikel 23. Bekkenbandages

### Vergoeding

Volledige vergoeding van de aanschafkosten tot maximaal € 25, eenmalig voor de hele looptijd van de verzekering.

### Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van een behandeling wegens een bekkenpijnsyndroom (bekkeninstabiliteit) tijdens en/of aansluitend aan de zwangerschap.
- Er dient een schriftelijk advies te worden overlegd van een door ons gecontracteerde en gecertificeerde zorgaanbieder (therapeut).

## Artikel 24. Brillen en contactlenzen

### Omschrijving

U hebt eenmaal per 3 kalenderjaren de keuze uit:

1. Een enkelvoudige of multifocale complete bril op sterkte uit het uitgebreide assortiment geleverd door Specsavers, Hans Anders, eyes + more of Pearle volgens het Reglement gezichtshulpmiddelen of;
2. Een tegemoetkoming van maximaal € 150,- in de kosten van aanschaf van een bril of contactlenzen op sterkte bij een opticien of optiekbedrijf waarmee wij voor deze zorg geen overeenkomst hebben gesloten of;
3. 36 setjes maandlenzen geleverd door Specsavers, Hans Anders of Pearle.

### **Bijzonderheden**

1. De door ons gecontracteerde leveranciers en hun assortiment vindt u in het Reglement gezichtshulpmiddelen;
2. 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.
3. De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen hebt gekocht en de hieraan voorafgaande 2 kalenderjaren.

---

Hebt u in 2015 kosten voor een bril, brillenglazen en/of lenzen gedeclareerd en hebt u nog een restbudget? Dan blijven voor u de verzekeringsvoorwaarden 2016 voor brillen en lenzen gelden tot 1 januari 2018.

Hebt u in 2016 kosten voor een bril, brillenglazen en/of lenzen gedeclareerd en hebt u nog een restbudget? Dan blijven voor u de verzekeringsvoorwaarden 2016 gelden tot 1 januari 2019.

---

## **Artikel 25. Eenvoudige loophulpmiddelen**

### **Omschrijving**

Krukken, looprek, drie- of vierpootwandelstok, looprek of rollator. U kunt het loophulpmiddel kopen of huren. Koopt u het hulpmiddel? Dan heeft u maximaal eenmaal per 2 jaar recht op een vergoeding.

### **Vergoeding**

- Krukken: maximaal € 25
- Looprek of drie- of vierpootwandelstok: maximaal € 35
- Rollator: maximaal € 100

### **Wie mag de loophulpmiddelen leveren**

Leverancier van hulpmiddelen

U ontvangt als klant van VGZ korting bij bepaalde hulpmiddelenleveranciers. Kijkt u op onze website voor meer informatie.

## **Artikel 26. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik**

### **Omschrijving**

U heeft recht op een vergoeding van de aanschafkosten van een hand- en/of vingerspalk indien er sprake is van tijdelijk gebruik (bijvoorbeeld na een operatie). Een hand- en/of vingerspalk is een hulpmiddel om een gewricht te stabiliseren.

### **Vergoeding**

Volledig, maximaal 2 hand- en/of vingerspalken per kalenderjaar bij een gecontracteerde leverancier. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

U vindt de gecontracteerde leveranciers op onze website.

### **Bijzonderheden**

De aanschafkosten van een hand- en/of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport krijgt u niet vergoed.

## **Artikel 27. Plaswekker**

### **Omschrijving**

Vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages.

### **Vergoeding**

Een plaswekker voor de hele looptijd van de verzekering

**Wie mag de zorg leveren**

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

**Verwijzing**

U hebt een verwijsbrief nodig van een huisarts of medisch specialist.

## Artikel 28. Pruiken

**Omschrijving**

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik of mutssja 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 de pruik of mutssja.

**Vergoeding**

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage tot maximaal € 140 per pruik of mutssja.

**Voorwaarden**

- Er moet aanspraak zijn op verstrekking van een pruik uit de VGZ Ruime Keuze.
- De pruik dient aangeschaft te worden bij een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

## Artikel 29. 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 juiste plaats.

**Vergoeding**

De kosten van één steunpessarium per kalenderjaar.

**Voorwaarde**

Het steunpessarium moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

## Artikel 30. Steunzolen of therapiezolen

**Omschrijving**

Een tegemoetkoming in de kosten van maatwerk inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U hebt ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

**Vergoeding**

De kosten van één paar steunzolen of therapiezolen tot maximaal € 75 per kalenderjaar.

**Wie mag de zorg leveren**

Podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen.



## BUITENLAND

### Artikel 31. Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland (werelddekking)

#### Vergoeding

Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345 per verzekerde;
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Geneeskundige kosten overige landen:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven;
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345 per verzekerde;
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven.

Kosten hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de VGZ Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer;
- vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de VGZ Alarmcentrale;
- bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld;
- het overbrengen van berichten door de VGZ Alarmcentrale;
- het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen;
- de kosten van telefoon etc. om contact op te nemen met de VGZ Alarmcentrale.

#### Voorwaarden

- U moet voor de dekking van geneeskundige hulp een VGZ Ruime Keuze hebben afgesloten.
- Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan 6 maanden duren.
- De hulp moet een spoedeisend karakter hebben.
- U mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgaanbieder. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat u een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp.
- Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijden gevaarlijke sporten.
- Niet vergoed worden kosten die veroorzaakt zijn door omstandigheden in verband waarmee een negatief reisadvies is gegeven.
- Bij ziekenhuisopname en voor de organisatie van de hulpverlening moet onmiddellijk de hulp zijn ingeroepen
- 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. Nota's die bij ons gedeclareerd worden, moeten geschreven zijn in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Wij kunnen u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

### Artikel 32. Vaccinaties

#### Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 75 per kalenderjaar.

#### Voorwaarden

- De vergoeding wordt gegeven voor het toedienen van de geadviseerde vaccins (consult arts), de vaccins en de te gebruiken medicijnen.

- De vaccinaties moeten gedaan zijn door een medisch specialist, GGD-arts of (huis)arts met een LCR-registratie en gelekoortsregistratie. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing ([www.lcr.nl](http://www.lcr.nl)). U ziet op deze website ook of uw arts een gele koortsregistratie heeft.
- De medicijnen moeten voorgeschreven zijn door een arts.

## PREVENTIE

### Artikel 33. Cursussen

#### Vergoeding

Maximaal € 46 per kalenderjaar voor preventieve cursussen.

#### Voorwaarden

De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond.

De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie, behalve de cursus 'Reuma uitgedaagd' die georganiseerd wordt door de Reuma Patiëntenbond.

### Artikel 34. Stoppen met roken

#### Vergoeding

Maximaal € 100 per kalenderjaar voor de cursus 'Stoppen met roken' georganiseerd door de thuiszorgorganisatie, voor de cursus volgens Allen Carr of via de stichting Make it Easy of voor de laserbehandeling door een lid aangesloten bij de organisatie Prostop of bij de organisatie Lasercentra N.O. Nederland.

#### Voorwaarde

De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus of laserbehandeling is afgerond.

### Artikel 35. Sportadviezen

#### 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).

#### Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten van sportmedische adviezen, behalve licentiekeuringen, in een sportmedische instelling tot maximaal € 50 per kalenderjaar.

## GEBOORTEZORG

### Artikel 36. Combinatietest

#### Omschrijving

Gedeeltelijke vergoeding van combinatietest voor zwangere vrouwen. U kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards- en Patau (trisomie 21, 18 of 13). De combinatietest bestaat uit 2 onderzoeken:

1. een bloedonderzoek tussen week 9 en 14 van de zwangerschap;
2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen week 11 en 14 van de zwangerschap.

#### Vergoeding

Maximaal € 80.

**Wie mag de zorg verlenen**

Een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder die een overeenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening.

**Verwijzing**

U hebt een verwijsbrief nodig van een verloskundige, huisarts of gynaecoloog die een overeenkomst heeft met een regionaal centrum voor prenatale screening.

**Bijzonderheden**

Wanneer u een medische indicatie hebt op basis van medische gronden, dan heeft u recht op vergoeding uit de basisverzekering. Hiervan is onder andere sprake als u eerder een kind met één van de genoemde syndromen heeft gekregen. Uw zorgverlener informeert u over medische indicatie.

## Artikel 37. 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 via VGZ Kraamzorg. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

**Vergoeding**

Volledig.

**Voorwaarden**

Het kraampakket is voor vrouwelijke verzekerden.

## Artikel 38. Geboorte-uitkering

**Omschrijving**

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

**Vergoeding**

€ 35 per kind.

**Voorwaarde**

- Voorwaarde voor vergoeding is dat de moeder van het geboren kind zélf een verzoek tot uitkering doet.
- Er bestaat alleen recht op de uitkering als het kind binnen 60 dagen na de geboorte bij VGZ als verzekerde wordt aangemeld.

## Artikel 39. Kraamzorg

**Omschrijving**

Uw VGZ Ruime Keuze geeft een vergoeding of betaalt kosten voor kraamzorg. Dit is niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering hebt u recht op onderstaande vergoedingen.

**Vergoeding**

Maximaal 9 uur extra kraamzorg verspreid over maximaal 6 dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van 7 dagen of meer aansluitend op de bevalling.

**Vergoeding**

Maximaal 6 uur extra kraamzorg verspreid over maximaal 6 dagen, na de 10e dag na de bevalling, als een kind binnen 8 dagen na het verlaten van de couveuse uit het ziekenhuis wordt ontslagen.

## Artikel 40. Anticonceptie voor verzekerden vanaf 21 jaar

### Omschrijving

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

### Vergoeding

Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS).

### Recept

Huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

### Wie mag de zorg leveren

De zorg moet worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

---

### Anticonceptie

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd, vergoed vanuit de basisverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar?

Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de basisverzekering.

---

## Artikel 41. Dieetkosten

### Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten tot maximaal € 850 per kalenderjaar voor professionele begeleiding in geval van een medisch noodzakelijk dieet en voor de extra kosten van het medisch noodzakelijk dieet.

### Voorwaarden

- U hebt een verwijfsbrief nodig van de behandelend medisch specialist naar een diëtist nadat de behandelend medisch specialist de ziekte/aandoening heeft vastgesteld waarvoor een aangepast dieet aangewezen is.
- De diëtist dient schriftelijk het te gebruiken dieet te hebben voorgeschreven.
- De vergoeding wordt gegeven als de betreffende ziekte/aandoening en het te volgen dieet voorkomt op de dieetlijst 2017 van de Belastingdienst.
- De vergoeding bedraagt maximaal het vast aftrekbare bedrag behorend bij het voorgeschreven dieet, conform de dieetlijst 2017 van de Belastingdienst.

## Artikel 42. Eigen bijdrage VGZ Ruime Keuze

### Omschrijving

Budget voor vergoeding van eigen bijdragen vanuit de VGZ Ruime Keuze.

### Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 500 per kalenderjaar.

### Voorwaarden

Voor de vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage moet er aanspraak bestaan uit de VGZ Ruime Keuze voor de betreffende verstrekking. De vergoeding van de eigen bijdrage is alleen van toepassing voor:

- geneesmiddelen boven GVS-limiet;
- hospice voor terminale patiënten;
- kraamzorg;
- meerdaagse bootreis;
- verblijf in een vakantiehuis;
- poliklinische bevalling zonder medische indicatie;

- zittend ziekenvervoer per taxi, openbaar vervoer en/of eigen vervoer.
- brillenglazen/contactlenzen;
- gebitsprothese;
- hoortoestellen; bij Specsavers gehoorpakket
- (Semi-)orthopedische, verband- en allergeenvrije schoenen.

#### **Bijzonderheden**

- Geneesmiddelen boven GVS-limiet: de vergoeding wordt gegeven voor de verschuldigde eigen bijdrage boven de GVS-limiet.
- Kraamzorg: volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg.
- Poliklinische bevalling zonder medische indicatie: volledige vergoeding van het verschil tussen het bedrag dat het ziekenhuis of een geboortecentrum in rekening brengt en de vergoeding die u vanuit de VGZ Ruime Keuze ontvangt. Als u in het ziekenhuis of een geboortecentrum bevalt zonder medische noodzaak, dan vergoedt de VGZ Ruime Keuze niet alle kosten.
- Hospice: u dient een indicatie voor verblijf te hebben, ter beoordeling door het hospice.
- Meerdaagse bootreizen: indicatiestelling gebeurt door het Rode Kruis, de Zonnebloem of de Stichting Varende Recreatie.
- Verblijf in een vakantiehuis: indicatiestelling gebeurt door het Rode Kruis.
- Zittend ziekenvervoer: een vergoeding de wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 100 per kalenderjaar.
- Brillenglazen/lenzen op medische indicatie: Volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage. Er is recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage indien er aanspraak bestaat op een vergoeding voor brillenglazen/lenzen uit de VGZ Ruime Keuze.
- Gebitsprothesen (volledige): De wettelijke eigen bijdrage voor een volledige onder- en/of bovenprothese inclusief reparatie en rebasen (opvullen).
- Hoortoestellen: Volledige vergoeding van de eigen bijdrage van een compleet hoorzorgpakket tot maximaal € 375. Mits gebruik wordt gemaakt van het complete hoorzorgpakket zoals door ons met Specsavers is overeengekomen. Voor meer informatie zie onze website [www.vgz.nl](http://www.vgz.nl).
- (Semi) orthopedische, verband- en allergeenvrije schoenen. Volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage.

---

#### **Budget voor eigen bijdragen**

Een budget is een gezamenlijk maximumbedrag voor de in dat budget opgenomen zorg. U hebt binnen het gemaximeerde bedrag vrije keuze van de in het budget genoemde zorg. Dit betekent dat u dit budget kunt gebruiken voor eigen bijdragen, tot het gemaximeerde bedrag per jaar.

Bijvoorbeeld: u start krijgt in maart 2017 een volledige gebitsprothese. De totale kosten van de eigen bijdrage bedragen € 200. U hebt dan voor het jaar 2017 nog € 300 budget over dat u kunt besteden aan bijvoorbeeld de eigen bijdragen voor geneesmiddelen boven GVS-limiet.

---

## **Artikel 43. Eigen bijdrage Wmo**

#### **Omschrijving**

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) aan het CAK (Centraal administratie kantoor) voor huishoudelijke hulp en/of ondersteuning tot maximaal € 400 per kalenderjaar.

#### **Vergoeding**

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage Wmo tot maximaal € 400 per kalenderjaar.

#### **Voorwaarden**

- Het betreft de vergoeding van de eigen bijdragen voor ontvangen maatwerkvoorzieningen (op basis van indicatie) voor huishoudelijke hulp en/of ondersteuning, vastgelegd in de Wmo en uitgevoerd door de gemeente waar u woont.
- De vergoeding wordt verleend op basis van de periodieke opgave van de betaalde eigen bijdrage. Deze periodieke opgave wordt verstrekt door of namens de gemeente waar u woont of het CAK.
- De vergoeding wordt per verzekerde verstrekt.

## Artikel 44. Vervangende mantelzorg

### Omschrijving

Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger 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 verlenen

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met Zorgadvies en bemiddeling. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een organisatie waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Vergoeding

Maximaal 15 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.

---

## Artikel 45. Personenalarmering

### Omschrijving

Vergoeding van de abonnementskosten voor de meldkamer bij aansluiting van personenalarmeringsapparatuur.

### Vergoeding

De abonnementskosten van personenalarmering voor de aansluiting bij een instelling die met ons daarvoor een overeenkomst heeft afgesloten.

### Voorwaarden

- U moet aanspraak hebben op verstrekking van de apparatuur uit de VGZ Ruime Keuze.
- Wij betalen de abonnementskosten rechtstreeks aan de instelling waarmee een overeenkomst is afgesloten.

## Artikel 46. 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 huisarts.

### Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 1.200 van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden.

### Voorwaarden

Hersteloperaties komen niet voor een vergoeding in aanmerking.

### Artikel 47. Tandheelkundige hulp

#### 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, röntgenfoto's, verdovingen, het trekken van een kies of het plaatsen van kronen of brugdelen. 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 techniekkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

#### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De tandprotheticus mag tandprothetische zorg op implantaten alleen onder de medische verantwoordelijkheid van een tandarts of tandarts-implantoloog leveren. Uw tandarts of tandarts-implantoloog brengt in dat geval de kosten in rekening.

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

---

Wilt u een implantaat laten plaatsen? Laat de behandeling uitvoeren door een door ons gecontracteerde tandarts-implantoloog of kaakchirurg. Dan bent u verzekerd van goede zorg. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

---

#### Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg tot maximaal € 400 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar.

#### Bijzonderheden

1. Niet vergoed worden de kosten van:
  - niet nagekomen afspraken;
  - orthodontische zorg;
  - uitwendig bleken (E97 en E98);
  - algehele narcose en voorbereiding behandeling onder volledige narcose (A20 en C84).
2. De kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende tarieven. Deze kosten vallen onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

### Artikel 48. Prothetische voorzieningen

#### Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten van prothetische voorzieningen tot maximaal € 400 per kalenderjaar.

Onder prothetische voorzieningen worden verstaan:

- gedeeltelijke prothese;
- gedeeltelijke frameprothese;
- reparatie en uitbreiden van een gedeeltelijke prothese;
- rebasen van een gedeeltelijke frameprothese.

#### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus. De tandprotheticus mag de zorg verlenen als die behoort tot zijn deskundigheidsgebied.

#### Bijzonderheden

1. Niet vergoed worden de kosten van:
  - niet nagekomen afspraken;
2. De kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende tarieven. Deze kosten vallen onder het maximale bedrag per kalenderjaar.



## **Artikel 49. Tandheeldkundige orthodontische hulp (beugels) voor verzekerden jonger dan 18**

### **Omschrijving**

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

### **Vergoeding**

Volledige vergoeding (maximaal € 1.600 voor de gehele looptijd van de verzekering).

### **Wie mag de zorg verlenen**

Tandarts of orthodontist.

### **Bijzonderheden**

Er wordt geen vergoeding verleend als de apparatuur gerepareerd moet worden.

## IV. Begripsomschrijvingen

**Aanvullende verzekering(en):** De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

**Collectieve overeenkomst:** Een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen VGZ en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een basisverzekering van VGZ en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

**Diagnose-behandelcombinatie: dbc:** Een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt, tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. 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 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

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

**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.

**Mantelzorger:** Een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

**Schriftelijk:** Waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

**Toestemming (machtiging):** Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens VGZ voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

**U:** Verzekeringnemer en/of verzekerde.

**Verblijf:** Verblijf met een duur van 24 uur of langer.

**Verzekerde:** Degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door VGZ, is vermeld.

**Verzekeringnemer:** Degene die met VGZ de verzekeringsovereenkomst 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.

**Wlz:** Wet langdurige zorg.

**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, gegarandeerd zijn.

**Zorgverzekeraar, de/VGZ:** VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

**Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.

**[www.vgz.nl/zuidlimburg](http://www.vgz.nl/zuidlimburg)**

voor meer informatie  
en contactgegevens

Voor goede zorg zorg je samen

