



Verzekeringsvoorwaarden 2017

VGZ Rotterdampakket



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/rotterdam.

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.

Belangrijke informatie

Contact

Kijk op 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.

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. 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. 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

Antwoordnummer 9292

5600 VM Eindhoven

Inhoud

I. Algemeen gedeelte	5
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
II. Wettelijk verplicht eigen risico	15
Artikel 9. Herverzekering wettelijk verplicht eigen risico	15
III. Vergoeding aanvullende verzekering	16
ALTERNATIEVE ZORG	16
Artikel 10. Consulten, behandelvormen en homeopathische geneesmiddelen	16
GEBORTEZORG	17
Artikel 11. Zwangerschapscurssussen	17
Artikel 12. Verloskundige zorg	17
Artikel 13. Geboortetens	17
Artikel 14. Eigen bijdrage kraamzorg	17
Artikel 15. Uitgestelde kraamzorg	18
Artikel 16. Kraamzorg bij adoptie	18
Artikel 17. Kraampakket	18
Artikel 18. Sensormatje van NannyCare	18
Artikel 19. Lactatiekundig consult	19
DIEET	19
Artikel 20. Diëtetiek	19
Artikel 21. Dieetkosten	19
BEWEEGZORG	20
Artikel 22. Fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie	20
Artikel 23. Beweegprogramma's	21
Artikel 24. Bewegen in extra verwarmd water (groepszwemmen voor reumapatiënten)	21
BUITENLAND	22
Artikel 25. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	22
Artikel 26. Repatriëring	22
Artikel 27. Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland	23
Artikel 28. Geneesmiddelen tegen malaria	23
FARMACEUTISCHE ZORG (GENEESMIDDELEN)	23
Artikel 29. Eigen bijdrage geneesmiddelen	23
Artikel 30. Anticonceptie voor verzekerden vanaf 21 jaar	23
Artikel 31. Melatonine	24
THERAPIËN	24
Artikel 32. Dyslexiezorg	24
Artikel 33. Stottertherapie	24
HUIDBEHANDELINGEN	24
Artikel 34. Acnebehandeling	24
Artikel 35. Camouflagetherapie	25
Artikel 36. Ontharen	25
Artikel 37. Psoriasisbehandeling	25

HULPMIDDELEN	26
Artikel 38. Brillen/lenzen	26
Artikel 39. Brillenglazen/lenzen op medische indicatie	26
Artikel 40. Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen	26
Artikel 41. Hoortoestellen	27
Artikel 42. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	27
Artikel 43. Personenalarmering	27
Artikel 44. Plakstrips borstprothese	27
Artikel 45. Plaswekkers	28
Artikel 46. Pruikken	28
Artikel 47. (Semi-)orthopedisch-, verband- en allergeenvrij schoeisel en aangepast confectieschoeisel	28
Artikel 48. Steunpessarium	28
Artikel 49. Transtherapie tegen incontinentie	29
MANTELZORG	29
Artikel 50. Kinderopvang tot 12 jaar	29
Artikel 51. Vervangende mantelzorg	29
Artikel 52. Mantelzorgmakelaar	30
MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	30
Artikel 53. Sterilisatie	30
Artikel 54. Orthopedische geneeskunde	30
PREVENTIE 31	
Artikel 55. Obesitas gedragsveranderingsprogramma	31
Artikel 56. Preventieve onderzoeken	31
Artikel 57. Preventieve cursussen	31
Artikel 58. Sportadviezen	32
Artikel 59. Sportmedisch onderzoek	32
Artikel 60. Valpreventie	32
PSYCHOLOGISCHE ZORG	33
Artikel 61. Groepsbegeleiding voor kinderen van ouders met een psychische aandoening of verslaving	33
Artikel 62. Neurofeedback (bij ADHD en ADD) voor verzekerden tot 18 jaar	33
Artikel 63. Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar met ontwikkelings- en leerstoornis	33
Artikel 64. Seksuologische zorg	34
VERBLIJF	34
Artikel 65. Ronald McDonalddhuis/familiehuis	34
Artikel 66. Hospice	34
Artikel 67. Verblijfs- of reiskosten van gezinsleden bij een ziekenhuisopname	35
Artikel 68. Therapeutisch kamp voor kinderen tot 18 jaar	35
Artikel 69. Therapeutisch kamp voor gehandicapten	35
VERVOER	36
Artikel 70. Zittend ziekenvervoer	36
Artikel 71. Vervoer in verband met speciale medische indicatie	36
Artikel 72. Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar het buitenland	36
VOETBEHANDELING	37
Artikel 73. Pedicurezorg	37
Artikel 74. Podotherapie, podoposturale therapie en/of podologie	37
Artikel 75. Steunzolen en therapiezolen	37
EIGEN BIJDRAGE WMO	38
Artikel 76. Vergoeding eigen bijdrage Wmo	38
MONDZORG	38
Artikel 77. Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	38
Artikel 78. Tandheeskundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar	38
Artikel 79. Gebitsprothesen	39
Artikel 80. Tandheeskundige orthodontische hulp (beugels) voor verzekerden tot 18 jaar	39

Begripsomschrijvingen

40

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.

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.

1.2. 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. Alleen deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen.

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.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) 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.

1.3.1. 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.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.3.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.3.4. 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.

1.4. 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. 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. 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.

1.5. 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.

1.6. 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.

1.7. 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.

1.8. 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 diagnosebehandelcombinatie), 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.

1.9. 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.

1.10. 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 Rotterdampakket.

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.

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^e 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 betaalt de premie, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.3).

b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via 'Mijn VGZ' gratis een digitale nota te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling, dit kan desgewenst direct via iDeal.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, 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 gebruik maakt 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 acceptgiro te sturen, dan 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 VGZ Rotterdampakket automatisch omgezet in het VGZ 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 het VGZ Rotterdampakket 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 het VGZ Rotterdampakket 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 Rotterdam verzekeringspakket 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 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. 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. 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. 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

Deze dekking vergoedt de kosten die op grond van het wettelijk verplicht eigen risico in de VGZ Ruime Keuze voor rekening komen van de verzekerde. De vergoeding van dit verplicht eigen risico is gemaximeerd tot het bedrag zoals vermeld op de polis (polisblad onder "premiespecificatie").

III. Vergoeding aanvullende verzekering

ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 10. Consulten, behandelvormen en homeopathische geneesmiddelen

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).

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 440 per kalenderjaar

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.

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 apotheehoudend 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, ons telefoonnummer vindt u op onze website. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheehoudend 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

Artikel 11. Zwangerschaps cursussen

Omschrijving

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor, als tijdens de zwangerschap.
2. Cursussen die:
 - u voorbereiden op de bevalling;
 - uw lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen (max. 6 maanden na de bevalling).

Vergoeding

Maximaal € 150 per kalenderjaar.

Wie mag de cursussen verzorgen

- een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- een verloskundige(-praktijk);
- een yogadocent die is aangesloten bij Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN);
- een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit@;
- een haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHZB);
- een cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC);
- een cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen Bevallen.

Artikel 12. Verloskundige zorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum. De vergoeding betreft het verschil tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de VGZ Ruime Keuze vergoed krijgt.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage.

Artikel 13. Geboortetens

Omschrijving

Vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een geboortetens.

Vergoeding

Volledige vergoeding.

Artikel 14. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving

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

Vergoeding

Volledige vergoeding eigen bijdrage.

Artikel 15. Uitgestelde kraamzorg

Omschrijving

Ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties bij haarzelf of vanwege de opname van haar pasgeboren kind in het ziekenhuis binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke zorg heeft kunnen ontvangen. Als het om medische complicaties bij de moeder gaat dan wordt de zorg aansluitend aan de 10e dag na de geboorte van het kind gegeven. Bij ziekenhuisopname van het kind wordt de zorg gegeven als het kind na de 10e dag na de geboorte ontslagen wordt. De kraamzorgorganisatie stelt het aantal noodzakelijke kraamzorguren vast.

Vergoeding

Volledige vergoeding

Wie mag de nazorg verlenen

Gediplomeerde kraamverzorgende of een verpleegkundige.

Artikel 16. Kraamzorg bij adoptie

Omschrijving

Vergoeding van adoptiekraamzorg voor adoptiekinderen jonger dan 12 maanden of vergoeding van kosten van medische screening bij adoptie.

Vergoeding

- Adoptiekraamzorg, door een gecontracteerd kraamcentrum: 3 dagen tot maximaal 3 uur per dag of;
- Medische screening bij een adoptiekind afkomstig uit het buitenland: € 300 per adoptiekind.

Voorwaarde

De adoptie betreft het/de kind(eren) die tijdens de looptijd van de VGZ Ruime Keuze wettig zijn geadopteerd en staan ingeschreven op de VGZ Ruime Keuze.

Artikel 17. Kraampakket

Vergoeding

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

Voorwaarde

Het kraampakket is voor vrouwelijke verzekerden.

Artikel 18. Sensormatje van NannyCare

Omschrijving

Vergoeding van kosten voor een babysensormatje van NannyCare.

Vergoeding

Enmalig een volledige vergoeding voor de gehele looptijd van de verzekering.

Voorwaarde

Levering door NannyCare.

Artikel 19. Lactatiekundig consult

Omschrijving

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

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 115 per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden

U hebt een verwijfsbrief nodig van een verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureauarts of jeugdgezondheidszorgverpleegkundige

Wie mag de zorg verlenen

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

DIEET

Artikel 20. Diëtetiek

Omschrijving

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 3 uur dieetadvisering. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop. Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma (als u 16 jaar of ouder bent) en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden van onze zorgverzekeringen. Dan wordt de diëtetiek voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Vergoeding

Maximaal 2 behandelingen per persoon per kalenderjaar

Wie mag de zorg verlenen?

Diëtist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen nietgecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

Waar moet de zorg plaatsvinden?

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.

Artikel 21. Dieetkosten

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten tot maximaal € 500,- 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 wettelijke vast aftrekbare bedrag behorend bij het voorgeschreven dieet conform de Dieetlijst 2017 van de belastingdienst.
- U heeft vooraf toestemming nodig.

Artikel 22. Fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie

Omschrijving

Beweegzorg bestaat uit:

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

Vergoeding

Jonger dan 18 jaar

- 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

- Chronische aandoeningen:
u hebt recht op vergoeding van de eerste twintig behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen in uw aanvullende verzekering. 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).
- Niet-chronische aandoeningen:
Maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar.
- Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:
Maximaal 11 behandelingen per kalenderjaar. De vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;
- Perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen):
vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 38e behandeling. De eerste 37 behandelingen, verspreid over een jaar, komen ten laste van de zorgverzekering.

Voorwaarden

Alle leeftijden

- Manuele therapie krijgt u per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar .
- Een screening, intake en onderzoek op dezelfde dag telt als 1 behandeling. Als een screening, intake en onderzoek niet op dezelfde dag plaatsvinden, dan telt dit als 2 behandelingen;
- 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.
- 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.

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie;

Oedeemtherapie: oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP);

Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut;

Wordt de zorg, zoals beschreven onder punt 1 tot en met 3, 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 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. Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

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.

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.

Artikel 23. Beweegprogramma's

Omschrijving

Beweegprogramma's voor mensen met Obesitas BMI > 30, kinderen tot 18 jaar BMI > 25, voormalig hartfalen, diabetes type 2, COPD in stadia Gold 1 en 2 met een longwaarde van FEV1/VC > 60%.

Vergoeding

€ 350 per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde

Via door ons gecontracteerde fysio- of oefentherapeuten.

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang.

Uw BMI is dan 85 gedeeld door (1.75 x 1.75) = 85 gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28.

Artikel 24. Bewegen in extra verwarmd water (groepszwemmen voor reumapatiënten)

Omschrijving

Oefentherapie voor reumapatiënten. Vergoeding van de kosten van therapeutisch zwemmen voor reumapatiënten met meerdere reumapatiënten tegelijk in extra verwarmd water.

Vergoeding

€ 150 persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden

- U moet eenmalig een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist overleggen, waaruit blijkt dat oefentherapie in extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.
- De oefentherapie moet in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Artikel 25. 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 basisverzekering 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;
- u de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de 'Historical Rates' van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

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. Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling moet u de VGZ Alarmcentrale inschakelen. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website.

Vergoeding

Aanvulling tot een volledige vergoeding van de kostprijs, voor een aaneengesloten verblijf tot maximaal 12 maanden, daarna volledige vergoeding op basis van Nederlandse marktconforme tarieven.

Artikel 26. Repatriëring

Omschrijving en vergoeding

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.

Voorwaarden

- De verzekerde 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. De verzekerde 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 de verzekerde een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp.
- Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijd-en 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 van de VGZ Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website.
- De VGZ Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

Wie mag de repatriëring verzorgen?

VGZ Alarmcentrale

Artikel 27. Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Omschrijving

Vaccinaties en consulten: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (menin-gococcon) meningitis, rabies (hondsdolheid) of malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis (tekenbeet).

Vergoeding

Volledige vergoeding via Meditel en Travel Clinics of maximaal € 75 per kalenderjaar bij vergelijkbare door ons gecontracteerde zorginstanties met een LCR-registratie en gele-koortsregistratie. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (www.lcr.nl).

Artikel 28. Geneesmiddelen tegen malaria

Omschrijving

Geneesmiddelen tegen malaria.

Vergoeding

Volledige vergoeding.

FARMACEUTISCHE ZORG (GENEESMIDDELEN)

Artikel 29. Eigen bijdrage geneesmiddelen

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding

Volledige vergoeding

Wie mag de zorg leveren

Apotheker of apotheekehoudend huisarts.

Artikel 30. Anticonceptie voor verzekerden vanaf 21 jaar

Vergoeding

Volledige vergoeding voor anticonceptiemiddelen zoals een anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium tot de door de vastgestelde maximale vergoeding (bovenlimietprijs) binnen het GVS en conform het Reglement Farmaceutische zorg zoals vastgelegd vanuit de VGZ Ruime Keuze.

Voorwaarden

- De zorg moet worden geleverd door een apotheker of apotheekehoudend huisarts.
- Het recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel moet op voorschrift van uw huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn.

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anti-conceptiemiddel 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.

Artikel 31. Melatonine

Omschrijving

Medicatie bij onder andere slaapproblemen.

Vergoeding

Volledige vergoeding, alleen via de internetapotheek, zoals vermeld op onze website www.vgz.nl/rotterdam.

Voorwaarde

U hebt een recept nodig. Dit recept moet voorgeschreven zijn door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog, die verbonden is aan een door ons gecontracteerde instelling. Dit recept moet door uw specialist worden opgestuurd naar de internetapotheek. Herhaalrecepten kunnen eventueel ook door de huisarts ingediend worden.

THERAPIEËN

Artikel 32. Dyslexiezorg

Omschrijving

De kosten van een dyslexieonderzoek voor personen van 13 jaar en ouder en/of de kosten van een dyscalculieonderzoek/test.

Vergoeding

Eenmalig maximaal € 350 per persoon.

Wie mag de zorg verlenen

Kinder- en jeugdpsycholoog NIP, orthopedagoog-generalist NVO of gezondheidszorgpsycholoog.

Artikel 33. Stottertherapie

Omschrijving

In diverse stottercentra volgens de methode Del Ferro, Hausdörfer en BOMA.

Vergoeding

Eenmalige vergoeding van € 450 per persoon voor de looptijd van de verzekering.

Voorwaarden

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor stottertherapie aanwezig is.
- De behandelserie kan maximaal 12 maanden duren.

HUIDBEHANDELINGEN

Een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

Artikel 34. Acnebehandeling

Omschrijving

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

Voorwaarden

U heeft een verwijfsbrief nodig van 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. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Artikel 35. 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.

Voorwaarden

U hebt een verwijfsbrief nodig van 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.

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

Artikel 36. Ontharen

Omschrijving

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

Voorwaarde

U hebt een verwijfsbrief nodig van 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.

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

Vergoeding

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt € 300,- per kalenderjaar voor alle huidbehandelingen samen (artikel 34, 35 en 36).

Artikel 37. Psoriasisbehandeling

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten tot maximaal € 1.000 per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde

Er dient een schriftelijke verwijzing van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor psoriasisbehandeling aanwezig is.

Waar mag de zorg worden verleend?

De zorg mag worden verleend in een gecontracteerd dagbehandelingcentrum.

Artikel 38. Brillen/lenzen

Omschrijving

U hebt eenmaal per 3 kalenderjaren de keuze uit:

1. Een enkelvoudige of multifocale complete bril op sterkte uit het basisassortiment geleverd door Specsavers, Hans Anders, eyes + more of Pearle volgens het Reglement Gezichtshulpmiddelen of;
2. Een tegemoetkoming van maximaal € 100,- 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 39. Brillenglazen/lenzen op medische indicatie

Vergoeding

Volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van brillenglazen of lenzen op medische indicatie.

Voorwaarde

Er dient een schriftelijke verwijzing te zijn van de behandelend specialist.

Artikel 40. Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen

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 41. Hoortoestellen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van hoortoestellen (audiologische hulpmiddelen). 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.

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 375 per hoortoestel, als aanvulling op de vergoeding vanuit de VGZ Ruime Keuze, mits gebruik wordt gemaakt van het complete gehoorpakket zoals door VGZ met Specsavers is overeengekomen. Voor meer informatie zie onze website www.vgz.nl.

Voorwaarde

Er moet aanspraak zijn op verstrekking van hoortoestellen uit de VGZ Ruime Keuze.

Artikel 42. 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. 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 43. Personenalarmering

Omschrijving

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

Vergoeding

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

Voorwaarde

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 44. Plakstrips borstprothese

Omschrijving

Plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen borstprothese (mammaprothese) na een borstampuatie.

Vergoeding

Volledige vergoeding.

Artikel 45. Plaswekkers

Omschrijving

Vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 5 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.

Voorwaarde

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

Artikel 46. 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 (eigen bijdrage).

Vergoeding

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage tot maximaal € 75,50.

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 47. (Semi-)orthopedisch-, verband- en allergeenvrij schoeisel en aangepast confectieschoeisel

Vergoeding

Volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarde

Er moet aanspraak op (semi-)orthopedisch of allergeenvrij schoeisel of aangepaste confectieschoeisel bestaan uit VGZ Ruime Keuze.

Artikel 48. 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 49. Transtherapie tegen incontinentie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van de huur van apparatuur voor transtherapie:

- huur neuromodulator (BioStim);
- huur biofeedbackapparatuur (FemiScan).

Vergoeding

Volledige vergoeding.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempfysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.

MANTELZORG

Mantelzorg

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

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

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

Artikel 50. Kinderopvang tot 12 jaar

Omschrijving

Kinderopvang in Nederland bij u thuis voor uw kinderen tot de leeftijd van 12 jaar tijdens een ziekenhuisopname van de ouder(s).

Vergoeding

Maximaal 50 uur per week per kalenderjaar.

Voorwaarden

- Bij opname van de ouder(s) in een psychiatrisch ziekenhuis wordt geen kinderopvang verleend.
- U hebt vooraf toestemming nodig van VGZ.
- De kinderopvang moet geleverd worden door een door ons hiervoor gecontracteerde organisatie.
- De hoeveelheid kinderopvang is afhankelijk van de leeftijd van uw jongste kind.
- U hebt recht op kinderopvang vanaf de 3e dag van de ziekenhuisopname.

Wie mag de opvang verzorgen

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van kinderopvang kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met de VGZ Zorgadviseur. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

Artikel 51. 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.

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.

Vergoeding

Maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden

- De vervangende mantelzorg is voor de verzekerde die gehandicapt of chronisch ziek is, en die thuis mantelzorg ontvangt.
- De vervangende mantelzorg moet geleverd worden door een door ons gecontracteerde organisatie.
- De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag.
- De vervangende mantelzorger kan aangevraagd worden voor een minimum van 3 dagen.

Artikel 52. 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.

Vergoeding

Mantelzorgmakelaar voor 6 uur per persoon per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met Zorgadvies en bemiddeling. U vindt het telefoonnummer op onze website. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaar. Gaat u zonder verwijzing van Zorgadvies en bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

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

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 53. Sterilisatie

Omschrijving

Gecontracteerde zorgaanbieder: volledig vergoeding.

Wie mag de zorg verlenen?

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

Voorwaarde

Hersteloperaties komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 54. Orthopedische geneeskunde

Omschrijving

Zorg ter voorkoming en behandeling van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (botten, gewrichten, pezen, peesscheden en slijmbeurzen), waarbij geen gebruik wordt gemaakt van operaties.

Vergoeding

Maximaal € 300 per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden

- De behandeling moet uitgevoerd worden door een arts die is aangesloten bij de Vereniging Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG).
- Er moet een doorverwijzing zijn van uw huisarts.

Artikel 55. Obesitas gedragsveranderingsprogramma

Omschrijving

Gedragsveranderingsprogramma voor obese patiënten, die gericht is op een gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.

Vergoeding

Eenmalig € 750 per persoon gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

Voorwaarden

- Uw gewicht in verhouding tot uw lichaamslengte (BMI) moet hoger zijn dan 40.
- De behandeling dient plaats te vinden bij de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK).
- U hebt vooraf schriftelijke toestemming nodig van VGZ.
- U moet het volledige programma voltooid hebben.

Toelichting

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang.

Uw BMI is dan 85 gedeeld door $(1.75 \times 1.75) = 85$ gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28.

Artikel 56. Preventieve onderzoeken

Omschrijving

Preventief onderzoek door huisarts of medisch specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten;
- prostaatkanker.

Vergoeding

Volledige vergoeding alleen via gecontracteerde zorgverlener.

Voorwaarden

- Preventief onderzoek moet uitgevoerd worden door huisarts of medisch specialist.
- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

Artikel 57. Preventieve cursussen

Omschrijving

Vergoeding van kosten voor preventieve cursussen:

- 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;
- Cursus omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
- Cursus omgaan met stress georganiseerd door een door ons aangewezen organisatie, te vinden op onze website;
- Cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl;
- Reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR)
- Cursus Eerste hulp bij kinderongelukken door door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie .
- Cursus Afvallen door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie
- Cursus stoppen met roken door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie;
- Cursus drugs(medicijnen)verslaving door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie;
- Training Vrij van alcohol door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie;
- Cursus slaaptherapie door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie.

Vergoeding

Maximaal € 155 per persoon per cursus per kalenderjaar voor preventieve cursussen.

Voorwaarden

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond.
- U moet een origineel bewijs van betaling en aanmelding aan ons overleggen.

Artikel 58. Sportadviezen

Omschrijving

Behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Vergoeding

Vergoeding van de kosten van 2 consulten per persoon per kalenderjaar via een sportmedische instelling.

Voorwaarde

Het sportmedisch adviescentrum moet erkend zijn door de Federatie van Sportmedische Instellingen.

Wie mag de zorg verlenen

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

Artikel 59. Sportmedisch onderzoek

Omschrijving

Sportmedisch onderzoek via een sportmedische instelling dat niet valt onder een verplichte sportkeuring.

Vergoeding

Eénmaal per 2 kalenderjaren per persoon:

- basisonderzoek € 85 of;
- basisonderzoek Plus € 100 of;
- groot onderzoek € 135.

Voorwaarden

- Het sportmedisch adviescentrum moet erkend zijn door de Federatie van Sportmedische Instellingen.
- Niet vergoed worden de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek dat wordt uitgevoerd door een sportarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om te worden toegelaten tot een sportopleiding.

Artikel 60. Valpreventie

Omschrijving

Een cursus valpreventie leert u hoe u vallen kunt voorkomen. Daarnaast krijgt u balustraining en leert u vallen onder veilige omstandigheden.

Voor wie

Een training valpreventie is voor mensen die moeite hebben met bewegen of lopen, bang zijn om te vallen of al een keer zijn gevallen. Kijk op onze website voor meer informatie.

Welke trainingen komen voor vergoeding in aanmerking

1. In Balans;
2. Vallen Verleden Tijd;
3. Zicht op Evenwicht.

Vergoeding

Vergoeding voor één cursus met een maximum van € 150, bij een gecontracteerde zorgaanbieder, voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Wie mag de cursus verzorgen

Een gecontracteerd fysiotherapeut of oefentherapeut die beschikt over een certificaat valtraining of een fysiotherapeut met een certificaat valtraining verbonden aan een thuiszorginstelling.

PSYCHOLOGISCHE ZORG**Artikel 61. Groepsbegeleiding voor kinderen van ouders met een psychische aandoening of verslaving****Omschrijving**

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

Vergoeding

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

Voorwaarde

U hebt een verwijfsbrief nodig van de huisarts.

Wie mag de zorg verlenen?

Een GGZ-instelling.

Artikel 62. Neurofeedback (bij ADHD en ADD) voor verzekerden 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

Voorwaarde

U hebt een verwijfsbrief nodig van huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch-specialist.

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).

Indicatie

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

Artikel 63. Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar met ontwikkelings- en leerstoornis**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.

Voorwaarde

U hebt een verwijsbrief nodig van huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

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 onze website welke Cogmed-coach de zorg mag verlenen.

Artikel 64. 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 en ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Vergoeding

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

Voorwaarde

U hebt een verwijsbrief nodig van huisarts, bedrijfsarts.

Wie mag de zorg verlenen?

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

Bijzonderheden

Een zitting duurt minimaal 60 minuten.

VERBLIJF

Artikel 65. Ronald McDonaldhuis/familiehuis

Omschrijving

1. Vergoeding voor de kosten van het verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres is gevestigd. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen verbonden aan verschillende ziekenhuizen in Nederland. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaalhuis Ter Weijde.
2. Vergoeding voor de kosten van verblijf in een logeerhuis als u twee dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

Vergoeding

Vergoeding van de bijdrage in de verblijfskosten van € 35 per dag.

Artikel 66. Hospice

Omschrijving

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.

Vergoeding

€ 40 per dag tot maximaal € 2.800.

Wie mag de zorg verlenen

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

Via www.vergelijkenkies.nl vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Artikel 67. Verblijfs- of reiskosten van gezinsleden bij een ziekenhuisopname

Omschrijving

Een vergoeding voor reis- en verblijfskosten wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vanaf de 15e verblijfsdag:

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,28 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (tweede klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen.

- Verblijf: € 35 per dag.
- Vervoer: eigen auto € 0,28 per kilometer of openbaar vervoer volledig op basis van tweede klasse.

Voorwaarde

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen. Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Artikel 68. Therapeutisch kamp voor kinderen tot 18 jaar

Omschrijving

Therapeutische vakantiecampen voor kinderen tot 18 jaar.

Vergoeding

€ 150 per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde

Via Stichting Gezondgewicht, Diabetes Jeugvereniging Nederland, Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen, Stichting De Ster of Nederlandse Hartstichting.

Artikel 69. Therapeutisch kamp voor gehandicapten

Omschrijving

Therapeutische vakantiecampen voor gehandicapten.

Vergoeding

€ 150 per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde

Via Stichting Gezondgewicht, Stichting De Ster of Nederlandse Hartstichting.

VERVOER

Artikel 70. Zittend ziekenvervoer

Omschrijving

Een vergoeding voor vervoer met openbaar vervoer, eigen auto, huurauto of taxi bij nierdialyse, oncologische behandeling met radio-/chemotherapie, visuele handicap en wanneer men zich zonder begeleiding niet kan verplaatsen of rolstoelafhankelijk bent.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van € 100 per kalenderjaar.

Voorwaarden

- U hebt vooraf schriftelijk onze toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.
- In Nederland tot 200 kilometer enkele reis.
- Bij grensoverschrijding tot 55 kilometer over de grens.

Artikel 71. Vervoer in verband met speciale medische indicatie

Omschrijving

Een vergoeding van kosten van vervoer wanneer en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer vanuit de VGZ Ruime Keuze. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of geboortecentrum voor opname;
- een ziekenhuis voor poliklinische behandeling of onderzoek op verzoek van een medisch specialist;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- een inrichting waarin u ten laste van de Wlz (Wet langdurige zorg) wordt opgenomen en/of behandeld.

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 500 per persoon per kalenderjaar:

- Eigen vervoer € 0,28 per kilometer.
- Taxi of huurauto, volledige vergoeding.

Voorwaarden

U hebt vooraf schriftelijk onze toestemming nodig.

Artikel 72. Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar het buitenland

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname in een zorginstelling in België of Duitsland na zorgbemiddeling.

Vergoeding

- Via gecontracteerd taxibedrijf: volledige vergoeding.
- Eigen vervoer: € 0,28 per kilometer.
- Openbaar vervoer (tweede klasse): volledige vergoeding.

Voorwaarden

- Er moet een specificatie zijn van de gemaakte kosten.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkortung.
- U hebt vooraf schriftelijk onze toestemming nodig.

VOETBEHANDELING

Artikel 73. Pedicurezorg

Omschrijving

1. Pedicurezorg (voetbehandelingen) voor verzekerden met reuma.
2. Pedicurezorg (voetbehandelingen) voor verzekerden met diabetes met zorgprofiel 1. Dit zijn 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

Maximaal € 23 per behandeling tot maximaal € 138 per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde

Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend medisch specialist of eigen huisarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie is voor voetverzorging in verband met reuma en/of diabetes.

Wie mag de zorg verlenen

1. podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVVP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of;
2. een pedicure met aantekening 'reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij Diabetes voet) of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Bijzonderheden

- Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure het zorgprofiel te vermelden.
- U hebt recht op bepaalde voetzorg 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 voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
- De vermelde zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg 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 welke zorgprofiel u hebt.

Artikel 74. Podotherapie, podoposturale therapie en/of podologie

Omschrijving

Vergoeding van behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten.

Vergoeding

€ 100 per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden

Wij vergoeden de kosten van een podoloog alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.

Wie mag de zorg verlenen

Een podotherapeut die is aangesloten bij de NVVP (Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten).

Artikel 75. Steunzolen en 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

Maximaal € 125 per kalenderjaar.

Wie mag de zolen leveren

Podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB), werkplaats ((SEMH-OIM) of podoposturaal therapeut. SEMH staat voor Stichting Erkenningregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoen-technische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen. Kijk voor informatie over de zorgaanbieders op onze website.

EIGEN BIJDRAGE WMO

Artikel 76. Vergoeding eigen bijdrage Wmo

Omschrijving

De vergoeding van de eigen bijdrage Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning). Het betreft de vergoeding van de eigen bijdrages voor ontvangen maatwerkvoorzieningen (op basis van indicatie), vastgelegd in de Wmo en uitgevoerd door de gemeente waar u woont.

Vergoeding

Volledige vergoeding tot de maximale hoogte van de eigen bijdrage Wmo 2017, die hoort bij een inkomen tot en met 130% van het wettelijk minimum loon.

Voorwaarden

- De vergoeding wordt verleend op basis van de periodieke opgave van de betaalde eigen bijdrage. Deze periodieke opgave wordt verstrekt door het CAK (Centraal Administratie Kantoor), (of) namens de gemeente waar u woont.
- De vergoeding wordt per verzekerde verstrekt. De eigen bijdrage voor huisvesting (bijvoorbeeld bij beschermd wonen) wordt niet vergoed.

MONDZORG

Artikel 77. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Prothetische- en restauratieve zorg (onder andere kronen en bruggen, kunstgebitten en implantologie inclusief techniekkosten).

Vergoeding

Vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg maximaal € 450 per kalenderjaar.

Artikel 78. Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar

Omschrijving

1. Preventieve tandheelkunde (preventieve mondzorg, consultatie en diagnostiek).
2. Curatieve tandheelkunde (vullingen, wortelkanaalbehandelingen, chirurgie, kaakgewrichtsbehandelingen, tandvleesbehandelingen).
3. Prothetische- en restauratieve zorg (onder andere kronen en bruggen, kunstgebitten en implantologie).

Vergoeding

De tandheelkundige zorg, zoals genoemd onder punt 1, 2 en 3 wordt vergoed tot maximaal € 450 per kalenderjaar.

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 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.

Bijzonderheden

Niet vergoed worden de kosten van:

- niet nagekomen afspraken;
- consulten in verband met orthodontische zorg;
- algehele narcose.

Artikel 79. Gebitsprothesen

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

Volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage. De vergoeding geldt ook voor de eigen bijdrage voor de reparatie en het rebasen (opvullen).

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 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.

Artikel 80. Tandheelkundige orthodontische hulp (beugels) voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten van orthodontische zorg tot maximaal € 1.820 per persoon, eenmalig voor de gehele duur van de verzekering.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Bijzonderheden

- Er wordt geen vergoeding verleend als de apparatuur gerepareerd moet worden na onzorgvuldig gebruik of in geval van verlies.
- Orthodontische behandelingen dienen op functionele gronden noodzakelijk te zijn.
- Behandelingen op grond van esthetische indicatie komen niet voor vergoeding in aanmerking.

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 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.

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/rotterdam

voor meer informatie
en contactgegevens

Voor goede zorg zorg je samen



[terug naar inhoudsopgave](#)