



Aanvullende Verzekeringsvoorwaarden 2019

**Nidos**



# Welkom bij VGZ

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw aanvullende zorgverzekering(en) bij VGZ. Specifiek leest u hier de voorwaarden voor de aanvullende verzekering voor Stichting NIDOS. Nidos voert als onafhankelijke (gezins-)voogdij instelling, op grond van de wet, de voogdijtaak uit voor Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen. NIDOS betaalt de kosten voor deze verzekering en regelt de in- en uitschrijvingen van de Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen. U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekeringspakketten, terecht op [www.vgz.nl](http://www.vgz.nl).

## Met hart voor zinnige zorg

### Contact

Kijk voor onze contactgegevens en andere belangrijke gegevens op [www.vgz.nl/nidos](http://www.vgz.nl/nidos).

### Gecontracteerde zorg

Onze gecontracteerde zorgverleners vindt u op [www.vgz.nl/zorgzoeker](http://www.vgz.nl/zorgzoeker).

### Aanvragen toestemming

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

VGZ

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven

### Declareren

Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

VGZ

t.a.v. Afdeling Special Accounts MvJ

Postbus 25072

5600 RS Eindhoven



# Inhoud

<b>I. Algemeen gedeelte</b>	<b>4</b>
Artikel 1. Verzekerde zorg	4
Artikel 2. Algemene bepalingen	6
Artikel 3. Overige verplichtingen	8
Artikel 4. Wijziging voorwaarden	8
Artikel 5. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	8
Artikel 6. Klachten en geschillen	9
Artikel 7. Zorgadvies en bemiddeling	10
<b>II. VGZ Aanvullende Verzekering Nidos</b>	<b>11</b>
Artikel 8. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	11
<b>GEBOORTEZORG</b>	
Artikel 9. Eigen bijdrage kraamzorg	11
Artikel 10. Kraampakket	11
<b>HULPMIDDELEN</b>	
Artikel 11. Brillen en contactlenzen	12
Artikel 12. Eigen bijdrage hulpmiddelen	12
Artikel 13. Steunzolen en therapiezolen	12
Artikel 14. Wekapparatuur/plaswekker	13
<b>MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG</b>	
Artikel 15. Flapoorcorrectie	13
<b>OVERIG</b>	
Artikel 16. Voetverzorging	13
Artikel 17. Verblijf	14
Artikel 18. Farmacie	15
Artikel 19. Vervoer	15
<b>MONDZORG</b>	
Artikel 20. Orthodontische zorg	15
<b>III. Begripsomschrijvingen</b>	<b>16</b>



# 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 heeft 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 zorgverleners 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 zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen van zorg hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

### 1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U heeft 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 zorgverlener

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

#### 1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener 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.

### 1.4. Insturen van nota's

Veel zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, dan 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 van de verzekerde;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

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 historische rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, 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 aangetoond.

### 1.5. Rechtstreekse betaling

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





## 1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw aanvullende verzekering(en) 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 heeft 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 heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgverlener die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

### Toestemming

U heeft in een aantal gevallen toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij een contract hebben gesloten?

Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de verzekeringsvoorwaarden.

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

## 1.8. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft 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 zorgverlener opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. 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 zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgverlener de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld Diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

## 1.9. Uitsluitingen

U heeft 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;
- (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 tandheilkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- 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 zorgverleners;
- 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. 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 mouterij 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

Heeft 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 kalenderjaar 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 heeft 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 op het aanvraagformulier zijn aangegeven of die u ons schriftelijk heeft 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 de Aanvullende Verzekering Nidos.

Als er voor u een Nidos aanvullende verzekering is afgesloten dan wordt de (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken omschreven in de artikelen 8 tot en met 20.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn de hoofdstukken I Algemeen gedeelte en III Begripsomschrijvingen op de aanvullende verzekering van toepassing.

### 2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden verwijzen we 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 zorgverleners;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Reglement gezichtshulpmiddelen;
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website

## 2.4. Fraude

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.

### Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen in:

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

### Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

## 2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft.

Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

---

### Geheimhouding van uw adres

Voor de uitvoering van uw verzekeringen mogen wij uw burgerservicenummer (BSN) en adres delen met bijvoorbeeld zorgverleners. Als u uw adres geheim wilt houden, dan kunt u dit aan ons melden. Wij geven uw adres dan niet door.

---

## 2.6. Mededelingen

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

## 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, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

## 2.8. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.



## Artikel 3. Overige verplichtingen

### U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (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;
- 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(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) 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, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

## Artikel 4. Wijziging voorwaarden

### 4.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden 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.

### 4.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden 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 de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

## Artikel 5. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

### 5.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering 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.

### 5.2. Einde van rechtswege

- 5.2.1. 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 verzekeringen. 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.



### 5.3. Wanneer kan de verzekering worden opgezegd?

#### 5.3.1. Jaarlijks

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per de datum dat de verzekerde niet meer voldoet aan de voorwaarden van het door de verzekeringsnemer geformuleerde beleid, behorend bij de tussen de verzekeringsnemer en de verzekeraar afgesloten overeenkomst.

#### 5.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering van VGZ.

#### 5.3.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

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

Bij bereiken van de leeftijd van 18 jaar. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt. De beëindiging gaat automatisch, wij sturen u als verzekeringsnemer hiervan een bericht. Wij kunnen de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- 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 heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft 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.

## Artikel 6. Klachten en geschillen

### 6.1. Indienen klacht

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

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

### 6.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.



## Artikel 7. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgverlener 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 zorgverlener 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.



## II. VGZ Aanvullende Verzekering Nidos

### Artikel 8. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

#### Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. 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. De VGZ Alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

#### Wat moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de VGZ Alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of op onze website.

---

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com).

---

#### Vergoeding

Volledige vergoeding.

## GEBOORTEZORG

### Artikel 9. 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.

### Artikel 10. Kraampakket

#### Omschrijving

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

#### Vergoeding

Volledige vergoeding.



## HULPMIDDELEN

### Artikel 11. Brillen en contactlenzen

**Omschrijving**

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

**Wie mag de brillen en contactlenzen leveren**

Opticien of optiekbedrijf.

**Vergoeding**

Maximaal € 150 per 2 kalenderjaren

**Bijzonderheden**

1. 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;
2. De periode van 2 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen heeft gekocht en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.

---

**Voorbeeld:**

U heeft recht op € 150 per 2 kalenderjaren en u koopt in 2019 een bril. U heeft in 2018 een bedrag van € 50 ontvangen voor lenzen. U ontvangt in 2019 € 100 voor uw bril.

---

### Artikel 12. Eigen bijdrage hulpmiddelen

**Omschrijving**

De eigen bijdrage van hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering.

**Vergoeding**

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage op hulpmiddelen.

**Bijzonderheden**

1. Recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op het hulpmiddel op grond van de zorgverzekering;
2. De Regeling zorgverzekering vindt u op onze website.

### Artikel 13. Steunzolen en therapiezolen

**Omschrijving**

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

**Wie mag de zolen leveren**

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

Kijk voor informatie over de zorgverleners op onze website.

**Vergoeding**

Volledige vergoeding eenmaal per twee kalenderjaren

**Op voorschrift van**

huisarts, medisch specialist of podotherapeut.



## Artikel 14. Wekapparatuur/plaswekker

### Omschrijving

Vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden vanaf 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes. De vergoeding is eenmalig voor de gehele looptijd van de aanvullende verzekering.

### Wie mag de plaswekker leveren

U kunt een plaswekker kopen of huren bij een leverancier van plaswekkers.

### Vergoeding

Eenmalig maximaal €175.

## MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

## Artikel 15. Flapoorcorrectie

### Omschrijving

Vergoeding van de kosten van correctie van uitstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot 18 jaar.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

### Verwijsbrief van

Huisarts of medisch specialist.

### Machtiging

Ja, met toelichting van de behandelend plastisch chirurg of KNO-arts.

### Vergoeding

Volledige vergoeding.

## OVERIG

## Artikel 16. Voetverzorging

### 16.1. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet

#### Omschrijving

1. Voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis;
2. Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Het doel van de behandelingen is (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen.

De zorgverlener kan in overleg met u ook extra verzorgende voetzorg uitvoeren die niet in het behandelplan staat. Hieronder valt bijvoorbeeld het knippen van gezonde nagels en het verwijderen van eelt dat geen risico geeft op een wond, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen. Het is belangrijk over deze niet-medisch noodzakelijke voetzorg vooraf te overleggen, omdat deze kosten niet worden vergoed.

#### Wie mag de zorg verlenen

1. Een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. Een medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. Een pedicure met aantekening 'Reumatische voet' of 'Diabetes voet';
4. Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
5. Een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMOV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).





### **Bijzonderheden**

1. Uw podotherapeut of pedicure moet het zorgprofiel op de nota vermelden.
2. U heeft recht op bepaalde voetzorg bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole en voetverzorgingsadviezen. Vanaf zorgprofiel 2 en hoger heeft u ook recht op meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering in het artikel Huisartsenzorg.

---

### **Zorgprofielen**

Uitleg over zorgprofielen vindt u op onze website in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u heeft.

---

### **Vergoeding**

Volledige vergoeding.

## **16.2. Podotherapie**

### **Omschrijving**

Behandelingen van voetafwijkingen. Dit zijn: huid- en nagelaandoeningen, voetklachten of klachten aan het houdings- en bewegingssysteem door een afwijkend functioneren en/of afwijkende stand van de voeten.

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

Podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

### **Verwijzing door**

Huisarts of medisch specialist.

### **Bijzonderheden**

Er bestaat geen aanspraak op podotherapie behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.

### **Vergoeding**

Volledige vergoeding.

## **Artikel 17. Verblijf**

### **Omschrijving**

Als de verzekerde wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hen in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw de verzekerde wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaal-tehuis Ter Weijde.

Als de verzekerde twee dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, kunt u in het familie- of logeerhuis overnachten. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

### **Vergoeding**

Ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar.

### **Bijzonderheden**

1. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien aanspraak bestaat op opname van de verzekerde in een ziekenhuis op grond van de zorgverzekering;
2. Bij opname van de verzekerde bestaat aanspraak op logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden.



## Artikel 18. Farmacie

### Omschrijving

In aanvulling op artikel 33 van de Zorgverzekering (VGZ Ruime Keuze): Geneesmiddelen.

### Vergoeding

Alle middelen op voorschrift van een huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg volledig vergoed; mits geleverd door een apotheek. Voor de GVS eigen bijdrage geldt een maximale vergoeding van € 250 per kalenderjaar.

## Artikel 19. Vervoer

### Omschrijving

In aanvulling op artikel 37 van de Zorgverzekering (VGZ Ruime Keuze): Zittend ziekenvervoer.

### Vergoeding

Eigen bijdrage volgens de Regeling Zorgverzekering.

– volledige vergoeding

Weekendvervoer vanuit een WLZ instelling:

- openbaar vervoer volledig tegen laagste klasse;
- eigen vervoer € 0,30 per kilometer;
- taxivervoer wordt niet vergoed.

Opname of ontslag, onderzoek of behandeling in ziekenhuis / WLZ instelling:

- openbaar vervoer volledig tegen de laagste klasse;
- eigen vervoer € 0,30 per kilometer, afsprakenkaart is noodzakelijk;
- als de behandelend arts het medisch noodzakelijk vindt dat de betrokkene niet met het openbaar vervoer reist, en er geen vergoeding vanuit de zorgverzekering mogelijk is;
- taxivervoer volledig (afwijzing zorgverzekering en verklaring behandelend arts noodzakelijk).

## MONDZORG

## Artikel 20. Orthodontische zorg

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

### Omschrijving

Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist

### Vergoeding

Volledige vergoeding.



# III. Begripsomschrijvingen

**Aanvullende verzekering:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering.

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

**Diagnose-behandelcombinatie (dbc):** een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in dbc-zorgproducten. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

**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.

**Schriftelijk:** waar in de 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 aan 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 op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door VGZ, is vermeld.

**Verzekeringnemer:** Stichting Nidos, dit is de organisatie 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:** de 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.

**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 schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.



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

Voor meer informatie en contactgegevens



Met hart voor zinnige zorg