Regel het eenvoudig zelf met Mijn VGZ

Verzekeringsvoorwaarden 2027

Jeugdzorg Nederland aanvullende verzekering

COÖPERATIE VGZ

**Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.**

Bekijk online versie

Welkom bij VGZ

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw aanvullende zorgverzekering(en). Hierin leest u alles over uw aanvullende zorgverzekering(en).

Onze website

Wilt u meer weten over deze zorgverzekering? Op onze website vgz.nl vindt u veel informatie. Bijvoorbeeld over hoe u kunt declareren (kosten voor zorg terugvraagt).

Zorgzoeker

Wilt u opzoeken met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of welke aangewezen of erkend zijn? Kijk dan op vgz.nl/zorgzoeker.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming (een machtiging) nodig heeft? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. Ga naar vgz.nl/machtiging voor alle informatie.

Contact

Wilt u contact opnemen met ons? Kijk op vgz.nl/jeugdzorg voor de contactmogelijkheden. Wij helpen u graag.

Inhoud

I. Algemeen 5

Artikel 1. Verzekerde zorg 5
Artikel 2. Algemene bepalingen 8
Artikel 3. Premie 9
Artikel 4. Overige verplichtingen 10
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden 10
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en) 10
Artikel 7. Klachten en geschillen 12
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling 12

II. VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland 13

BRILLEN EN LENZEN

Artikel 9. Budget voor brillen en contactlenzen 13

BUITENLAND

Artikel 10. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland 13

ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Artikel 11. Kraampakket 14
Artikel 12. Eigen bijdrage kraamzorg 14

HULPMIDDELEN

Artikel 13. Budget hulpmiddelen 14
13.1. Haarwerk/pruik en mutssja's 14
13.2. Steunpessarium 15
13.3. Plaswekker van 5 tot 18 jaar 15
13.4. ADL-Hulpmiddelen 15
13.5. Eigen bijdrage hoortoestellen 15
13.6. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen 15

PLASTISCHE CHIRURGIE

Artikel 14. Flapoorcorrectie voor verzekerden jonger dan 18 jaar 15

VOETZORG

Artikel 15. Budget voetbehandelingen 16
15.1. Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1 16
15.2. Podotherapie 17
Artikel 16. Steunzolen en therapiezolen 17
Artikel 17. Eigen bijdrage schoeisel 17

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 18. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis 18

Artikel 19. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed 18

VERVOER

Artikel 20. Ziekenvervoer 18

GENEESMIDDELEN

Artikel 21. Geneesmiddelen 19

Artikel 22. Eigen bijdrage geneesmiddelen 19

MONDZORG

Artikel 23. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar 19

III. Begripsomschrijvingen 21

I. Algemeen

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u bij medische noodzaak recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is sprake 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'.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Per zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen 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 aan de zorgverlener het afgesproken tarief.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de (voor u betreffende) zorg geen contract hebben? Dan moet u misschien de rekening of een deel van de rekening zelf betalen. Onder niet-gecontracteerde zorgverleners vallen ook aangewezen zorgverleners. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden. Indien van toepassing kunt u uw vordering op ons voor huidbehandelingen, mindfulness bij burn-out klachten of seksuologische zorg niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

1.3.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgverlener
Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

1.3.4. Budget
Krijgt u voor de betreffende zorg een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale budget dat in het betreffende zorgartikel staat.

1.3.5. Wij vergoeden een aantal zorgsoorten ook als de zorg wordt verleend door een zorgverlener die in het buitenland is gevestigd, mits deze zorgverlener vergelijkbare zorg biedt. Dit geven wij in de betreffende zorgartikelen aan. Als u vanuit deze verzekeringsvoorwaarden recht heeft op vergoeding van een wettelijke eigen bijdrage op grond van de zorgverzekering, dan vergoeden wij deze ook als deze zorg in het buitenland is verleend en vanuit de zorgverzekering is vergoed.

1.4. Insturen van nota's

De meeste zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via Mijn VGZ of via de VGZ app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Stuur de originele nota naar Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven. Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk voor meer informatie op onze website.
Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Wij vergoeden alleen nota's die wij binnen 3 jaar hebben ontvangen. Deze 3 jaar gaan in op de eerste dag na de dag dat u weet van de opeisbaarheid van de vordering.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:
- de datum waarop de nota door de zorgverlener is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen);
- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten 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 en bijbehorende documenten 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.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden 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 voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

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 (machtiging)
U heeft soms onze toestemming nodig voordat u de zorg krijgt. 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 voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor bepaalde zorg kan de zorgverlener namens u toestemming aanvragen. Kijk voor meer informatie op onze website. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgverlener van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgverlener niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

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. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in 2 kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie). Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw 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 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 derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens 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 komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders 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 muiterij 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 van de kosten van) zorg en/of diensten die u als zorgaanbieder aan uzelf verleent;
- (Vergoeding van de kosten van) zorg en/of diensten die u krijgt van een zorgaanbieder die uw partner, een gezinslid of een familielid in de eerste of tweede graad is.

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 (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 heeft u 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 deze 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 online, telefonisch, schriftelijk of op het aanvraagformulier heeft aangegeven.
Na het sluiten van de aanvullende verzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten aanvullende verzekering(en) vermeld.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland. In deze verzekeringsvoorwaarden te noemen: aanvullende verzekering.

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 aanvullende verzekeringen
- Lijst maximale vergoedingen buitenland
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL en VSBB
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek 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) registreren:
- in ons Incidentenregister;
- in het Externe Verwijzingsregister (EVR) 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.

Fraude door zorgverleners
Zorgverleners die fraude plegen, laten wij opnemen in het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgverleners die in dit register staan en zullen deze zorgverleners hierover informeren. De zorgverlener is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

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.

2.6. Mededelingen
Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie
Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft dit niet te willen. 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. De opzegtermijn is één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval zodra 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.

2.9. Nederlands recht
Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.
De verzekeringsvoorwaarden zijn gemaakt in de Nederlandse taal. We hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling, dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?
De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. U betaalt als verzekeringnemer de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?
De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

Artikel 4. 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. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. 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 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan 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 1 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 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de zorgverzekering aanvangt, per datum waarop u deelneemt aan de collectieve overeenkomst 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 aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten als u verzekeringsplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet. Wij beoordelen uw aanvraag voor een aanvullende verzekering. Daarbij kunnen onder meer een registratie in het Externe Verwijzingsregister (EVR) en een eventuele betalingsachterstand bij ons worden meegewogen.

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 tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel 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 leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. 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.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

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

Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) 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(en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4. Fraude);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u gehandeld heeft met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) 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(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen;

- als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgverleners of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registeren in ons Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw aanvullende verzekering(en) hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

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. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

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. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie. 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. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op de website. 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. 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 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. Onze zorgadviseurs bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland

BRILLEN EN LENZEN

Artikel 9. Budget voor brillen en contactlenzen

Dit krijgt u vergoed

De aanschafkosten van brillen met glazen op sterkte en lenzen op sterkte bij een opticien. Wij vergoeden deze zorg ook als u een bril of lenzen aanschaft bij een opticien in het buitenland.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
maximaal € 200 per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen heeft gekocht en de 2 hieraan voorafgaande kalenderjaren. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uit maken van de aanschaf.

BUITENLAND

Artikel 10. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:
- het om spoedeisende zorg gaat. Onze 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.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
volledig

Dit krijgt u niet vergoed

1. Kosten voor niet-spoedeisende zorg of zorg die kan worden uitgesteld tot u terug bent in Nederland
2. Kosten van een ziekenhuisopname en/of kosten van een langdurige medische behandeling als u geen voorafgaand contact met onze alarmcentrale heeft opgenomen of laten opnemen
3. Kosten die u op grond van de wet niet zou hoeven te betalen of kosten die niet in rekening gebracht zouden zijn als er geen dekking zou zijn op basis van deze verzekering
4. Kosten van zorg die niet redelijk en noodzakelijk zijn.

Dit moet u zelf regelen
Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u onze alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de VGZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

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.

ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Artikel 11. Kraampakket

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

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
een kraampakket in natura

Artikel 12. Eigen bijdrage kraamzorg

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
volledig

HULPMIDDELEN

Artikel 13. Budget hulpmiddelen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor hulpmiddelen zoals hierna beschreven in Artikel 13.1. Haarwerk/pruik en mutssja's t/m 13.6. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
maximaal € 750 per kalenderjaar

13.1. Haarwerk/pruik en mutssja's

Dit krijgt u vergoed
Het verschil tussen het bedrag dat de leverancier bij u in rekening brengt voor een haarwerk/pruik en de vergoeding die u daarvoor ontvangt vanuit de zorgverzekering. Als u een indicatie heeft voor een haarwerk/pruik, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor een haarwerk/pruik en de kosten voor een mutssja. Wij vergoeden deze kosten ook als uw haarwerk/pruik en/of mutssja geleverd worden door een zorgverlener in het buitenland.

13.2. Steunpessarium

Dit krijgt u vergoed
De kosten van het pessarium. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats. De kosten van het plaatsen van het pessarium door de huisarts worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Hier kunt u terecht
Huisarts.

13.3. Plaswekker van 5 tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
De (huur)kosten van een plaswekker bij nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 5 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes en bandages. De vergoeding is eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

Hier kunt u terecht
Bij een leverancier van plaswekkers.

13.4. ADL-Hulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van ADL-Hulpmiddelen als u een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis heeft. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld de kleine hulpmiddelen die nodig zijn om uzelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Een volledige lijst met hulpmiddelen die wij vergoeden vindt u op onze website.

Hier kunt u terecht
Bij een leverancier van hulpmiddelen.

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van de ergotherapeut, een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze zorgverlener beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

13.5. Eigen bijdrage hoortoestellen

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en een tinnitusmaskeerder dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

13.6. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen, filterglazen of contactlenzen die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

PLASTISCHE CHIRURGIE

Artikel 14. Flapoorcorrectie voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
Correctie van uitstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot 18 jaar.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
volledig

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van huisarts of medisch specialist.

VOETZORG

Artikel 15. Budget voetbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor voetbehandelingen en voor podotherapie zoals hierna beschreven in Artikel 15.1. Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1 en 15.2. Podotherapie.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
maximaal € 500 per kalenderjaar

15.1. Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1

Dit krijgt u vergoed
De kosten van:
Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1. Dit zijn behandelingen om (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen. Uw podotherapeut of pedicure moet het risicoprofiel op de nota vermelden.

Risiscoprofielen
Uitleg over risicoprofielen vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk risicoprofiel u heeft.

Dit krijgt u niet vergoed
- voetzorg als u geen verhoogd risico heeft op voetulcera (risicoprofiel 0)
- voetzorg voor risicoprofiel 1 die niet in het behandelplan staat, zoals eelt verwijderen dat geen risico geeft op een wond, nagels knippen, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen.

Let op
Vanuit uw zorgverzekering heeft u recht op bepaalde voetzorg bij een verhoogd risico op het ontstaan van voetulcera en de behandeling van voetulcera. Dit zijn diepe wonden aan de voet die vaak moeilijk genezen. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een:

1. podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. medisch pedicure of pedicure met aantekening reumatische voet of diabetische voet die is die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. pedicure (voetzorgverlener) die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
4. medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

15.2. Podotherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van 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.

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

Artikel 16. Steunzolen en therapiezolen

Dit krijgt u vergoed

Het aanmeten en de kosten van steunzolen en therapiezolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
maximaal € 225 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

Artikel 17. Eigen bijdrage schoeisel

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor orthopedisch of allergeenvrije schoeisel die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
volledig

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 18. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland van maximaal 2 gezinsleden, als u wordt opgenomen in een ziekenhuis. Uw opname moet vanuit de zorgverzekering worden vergoed. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen. Als u wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan kunnen uw gezinsleden naar het logeer- of familiehuis dat verbonden is aan het ziekenhuis;
2. verblijf in een logeerhuis van u en maximaal 2 gezinsleden als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden. Uw opname moet vanuit de zorgverzekering worden vergoed.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u en/of uw gezinsleden in aanmerking komen voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
maximaal € 45 per nacht

Artikel 19. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

Dit krijgt u vergoed

De kosten van verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed als u poliklinisch onder behandeling bent in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Erasmus MC Kanker Instituut.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
volledig

Vanuit de zorgverzekering heeft u in bepaalde situaties recht op ziekenvervoer. Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op dit vervoer, dan kunt u ook kiezen voor een vergoeding voor logeerkosten in plaats van een vergoeding voor vervoer.

VERVOER

Artikel 20. Ziekenvervoer

Dit krijgt u vergoed

In aanvulling op het artikel Ambulancevervoer en ziekenvervoer van de zorgverzekering VGZ Ruime Keuze vergoeding van de:

- wettelijke eigen bijdrage voor ziekenvervoer. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering;
- kosten van weekendvervoer vanuit een Wlz instelling;
- kosten van opname of ontslag, onderzoek of behandeling in een ziekenhuis of een Wlz-instelling.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer; openbaar vervoer volledig tegen de laagste klasse; eigen vervoer € 0,43 per kilometer; taxivervoer volledig (alleen bij opname, ontslag, onderzoek of behandeling in een ziekenhuis of een Wlz-instelling).

Wat moet u zelf regelen
Als het gaat om een opname, ontslag, onderzoek of behandeling in een ziekenhuis of een Wlz-instelling:
- een afsprakenkaart als u reist met eigen vervoer;
- een verklaring van uw behandelend arts, waaruit blijkt dat u op medische gronden niet met het openbaar en/of eigen vervoer kunt reizen;
- wij kunnen u vragen om een bewijs, waaruit blijkt dat u geen recht heeft op vergoeding vanuit de zorgverzekering.

GENEESMIDDELEN

Artikel 21. Geneesmiddelen

Dit krijgt u vergoed
In aanvulling op de zorgverzekering de kosten van geneesmiddelen.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
volledig

Hier kunt u terecht
Bij een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Wat moet u zelf regelen
Een voorschrift van de huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 22. Eigen bijdrage geneesmiddelen

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
volledig

MONDZORG

Artikel 23. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
De kosten van orthodontische zorg.

VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland
volledig

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

III. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering VGZ Aanvullende Verzekering Jeugdzorg Nederland.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbtv.nl.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar 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 vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

Familielid in de 1e of 2e graad: Onder familielid in de 1e of 2e graad verstaan wij in deze verzekeringsvoorwaarden:

- 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg- en stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Filterglazen: dit zijn speciale brillenglazen voor een medische toepassing.

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.

Geneesmiddelenvergoedingssysteem: hierin staan alle geregistreerde geneesmiddelen die zorgverzekeraars vanuit de zorgverzekering vergoeden.

Hoorhulpmiddelen: dit zijn hulpmiddelen die u helpen als u slecht hoort. Denk aan een gehoorapparaat of een apparaat dat suizen vermindert.

Instelling:

1. Een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders;
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.

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

Polisblad: document waarop staat waarvoor en hoe u verzekerd bent.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg. Deze toestemming krijgt u van ons of namens ons. U moet de toestemming aanvragen voordat u die bepaalde zorg afneemt.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

Verzekerde: degene voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van de verzekering staat.

Verzekeringnemer: 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.
Organisatie, aangesloten bij Jeugdzorg Nederland, die namens jeugdige een zorgverzekering sluit:
- Gecertificeerde Instelling (GI)
- Organisatie voor Jeugd & Opvoedhulp

Wettelijke eigen bijdrage: u betaalt soms een deel van de zorg zelf, bijvoorbeeld bij een kunstgebit of hoortoestel. De overheid bepaalt hoe hoog de eigen bijdrage is en waarvoor u deze bijdrage betaalt.

Wlz: Wet Langdurige Zorg.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg. 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

Kijk op www.vgz.nl voor meer informatie en contactgegevens

COÖPERATIE VGZ

Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.

D0192-202611