



Regel het eenvoudig
zelf met Mijn VGZ

Verzekeringsvoorwaarden

VGZ Universeel compleet



COÖPERATIE VGZ

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

[Bekijk online versie](#)

Welkom bij VGZ

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw zorgverzekering bij VGZ. Hierin leest u alles over uw zorgverzekering.

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.

CONTACT

Wilt u contact opnemen met ons? Kijk op vgz.nl/service-en-contact voor de contactmogelijkheden.

AANVRAGEN TOESTEMMING

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming (een machtiging) nodig heeft? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Neemt u dan contact op met de VGZ alarmcentrale.

Inhoud

Welkom bij VGZ	2
I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Algemene bepalingen	5
Artikel 2. Premie	6
Artikel 3. Overige verplichtingen	8
Artikel 4. Wijziging premie en voorwaarden	8
Artikel 5. Begin, duur en beëindiging van de VGZ Universeel compleet	9
Artikel 6. Eigen risico	10
Artikel 7. Buitenland	10
Artikel 8. Uitsluitingen	11
Artikel 9. Klachten en geschillen	12
II. Vergoedingen	13
Artikel 10. Algemeen	13
GENEESKUNDIGE ZORG	
Artikel 11. Huisartsenzorg	13
Artikel 12. Verloskundige zorg en kraamzorg	14
Artikel 13. Medisch specialistische zorg	15
Artikel 14. Revalidatie	16
Artikel 15. Erfelijkheidsonderzoek	16
Artikel 16. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	17
Artikel 17. Audiologische zorg	18
Artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie	19
Artikel 19. Transplantatie van weefsels en organen	19
PSYCHOLOGISCHE ZORG	
Artikel 20. Psychologische zorg	20
PARAMEDISCHE ZORG	
Artikel 21. Fysiotherapie en oefentherapie	21
Artikel 22. Logopedie	21
Artikel 23. Ergotherapie	22
Artikel 24. Diëtetiek	22
Artikel 25. Voetbehandelingen	22
MONDZORG	
Artikel 26. Tandheeskundige zorg	23

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 27.	Geneesmiddelen	25
Artikel 28.	Dieetpreparaten	25
Artikel 29.	Vaccinaties bij vakantie/ tijdelijk verblijf	26

HULPMIDDELENZORG

Artikel 30.	Hulpmiddelen	26
Artikel 31.	Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen	27
Artikel 32.	Steun- of therapiezolen	27

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 33.	Verblijf	27
-------------	----------	----

ZIEKENVERVOER

Artikel 34.	Ambulancevervoer	28
Artikel 35.	Ziekenvervoer	28

PREVENTIE

Artikel 36.	Preventieve onderzoeken	29
-------------	-------------------------	----

III. Begripsomschrijvingen

30

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Algemene bepalingen

1.1. Grondslag

De VGZ Universeel compleet is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan VGZ zijn verstrekt. VGZ verstrekt de verzekeringnemer en, als deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de VGZ Universeel compleet, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten verzekering(en) vermeld. De VGZ Universeel compleet kan niet in combinatie met enige andere verzekering van VGZ gesloten worden.

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

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg bestaat uitsluitend als en zolang aan de VGZ Universeel compleet rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. 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 er sprake is van een diagnose-behandelcombinatie dan worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de dbc is geopend.

1.3. 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.

1.4. 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 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.

1.5. 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.

1.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer of de verzekerde te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving.

1.7. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft de verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

1.8. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 2. Premie

2.1. Verschuldigdheid en betaling van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd en verplicht de premie voor alle verzekerden op de bij de aanmelding overeengekomen wijze bij vooruitbetaling te voldoen. Onder premie wordt ook verstaan de heffingen en bijdragen die VGZ op grond van (al dan niet buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen aan verzekerden in rekening dient te brengen. Verzekerden woonachtig in Canada, Hongkong, Japan, Mexico, Singapore of de Verenigde Staten van Amerika betalen een toeslag op de premie. De premies zijn opgenomen in de premiebijlage. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is VGZ gerechtigd de premie met ingang van de eerste dag van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. Als VGZ de premie niet of niet tijdig incasseert, is de verzekeringnemer niettemin gehouden tot tijdige premiebetaling.

Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,25 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis. Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.

U betaalt de premie, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is afgesproken.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen.
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
- d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd.

Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeert VGZ u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeert VGZ 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.

2.2. Verrekening

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van VGZ te ontvangen bedrag.

2.3. Overlijden

Ingeval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

2.4. Niet-tijdig betalen

- 2.4.1. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten voor papieren post kan VGZ de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen. Ingeval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De verzekeringnemer blijft bij schorsing verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door VGZ zijn ontvangen.
- 2.4.2. Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten voor papieren post, hoeft VGZ bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 2.4.3. VGZ kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid [2.4.2](#) verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van VGZ te ontvangen bedragen.
- 2.4.4. VGZ heeft het recht gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met de verzekeringnemer als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.

Artikel 3. Overige verplichtingen

3.1. Verplichtingen

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- bij het inroepen van zorg zich te legitimeren aan de hand van een paspoort;
- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van VGZ;
- aan VGZ, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, welke nodig is voor de uitvoering van de VGZ Universeel compleet;
- VGZ te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt VGZ in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van VGZ. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor VGZ in zijn belangen kan worden geschaad;
- VGZ onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer of beëindiging van het recht op deelname aan een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering. Als door verzuim van de verzekeringnemer of de verzekerde ten onrechte een premie of een te hoge premie in rekening wordt gebracht, bestaat geen aanspraak op terug betaling;
- ingeval van vergoeding van kosten van zorg de originele nota's binnen 3 jaar na dagtekening bij VGZ in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding VGZ is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgverlener. Ingediende nota's waarop uitkering wordt gedaan worden niet geretourneerd aan de verzekerde;
- een op grond van deze verzekeringsvoorwaarden vereiste verwijzing over te (laten) leggen, als VGZ hierom vraagt;
- onze alarmcentrale die uitgevoerd wordt door de ANWB in te schakelen in de volgende situaties:
 - opname en verblijf in een ziekenhuis;
 - medisch noodzakelijke repatriëring naar het woonland;
 - bij opname in een ziekenhuis moet onze alarmcentrale vooraf ingeschakeld worden. Bij medisch noodzakelijke onvoorzienbare zorg moet onze alarmcentrale zo snel als mogelijk ingeschakeld worden. Als het inschakelen van onze alarmcentrale in deze gevallen achterwege blijft, bedraagt de maximale vergoeding hetgeen naar Nederlandse marktomstandigheden als redelijk en passend is te beschouwen.

3.2. Belangen

Wanneer de belangen van VGZ worden geschaad door het niet nakomen van de in lid [3.1. Verplichtingen](#) genoemde verplichtingen kan VGZ de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, schorsen.

Artikel 4. Wijziging premie en voorwaarden

4.1. Wijziging premie en voorwaarden

VGZ heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en premie voor de daarin geregelde verzekering te wijzigen. VGZ doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere VGZ Universeel compleet op een door VGZ vast te stellen datum.

4.2. Opzeggingsrecht

Als VGZ de premie verhoogt of de voorwaarden van de verzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, als een wijziging in de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 5. Begin, duur en beëindiging van de VGZ Universeel compleet

5.1. Begin en duur

De verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum en wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de verzekering is ingegaan. Met ingang van 1 januari van het daaropvolgende jaar wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.

5.2. Einde van rechtswege

De VGZ Universeel compleet eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- 5.2.1. VGZ ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden;
- 5.2.2. VGZ stopt met het aanbieden en uitvoeren van de VGZ Universeel compleet;
- 5.2.3. de verzekerde overlijdt;
- 5.2.4. de verzekerde verzekeringplichtig wordt volgens de Zorgverzekeringswet of aanspraak kan doen gelden op een andere sociale verzekering;
- 5.2.5. de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering eindigt of het dienstverband met een werkgever die een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering met VGZ heeft afgesloten eindigt, tenzij vooraf anders is overeengekomen.

VGZ stelt de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voordat een VGZ Universeel compleet op grond van het onder [5.2.1](#) gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt. Als een VGZ Universeel compleet eindigt op grond van het onder [5.2.2](#) gestelde verplicht VGZ zich de verzekeringnemer uiterlijk 6 maanden voordat de VGZ Universeel compleet eindigt, van dit einde op de hoogte te stellen. De verzekeringnemer stelt VGZ onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder lid [5.2.3](#) tot en met [5.2.5](#) gestelde, tot het einde van de VGZ Universeel compleet hebben geleid of kunnen leiden. Als VGZ op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de VGZ Universeel compleet zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.

5.3. Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de VGZ Universeel compleet opzeggen:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- in de situaties vermeld in artikel [4.2. Opzeggingsrecht](#).

5.4. Opzegging door VGZ

VGZ kan de VGZ Universeel compleet opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel [2.4. Niet-tijdig betalen](#);
- als er sprake is van fraude (zie artikel [1.3. 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) registreren 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.

5.5. Gezondheidsrisico

VGZ kan de VGZ Universeel compleet niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

5.6. Wijze van opzeggen

Zowel de verzekeringnemer als VGZ kunnen de VGZ Universeel compleet slechts schriftelijk opzeggen.

Artikel 6. Eigen risico

- 6.1.** Eigen bijdragen op grond van de VGZ Universeel compleet worden niet in mindering gebracht op het eigen risicobedrag.
- 6.2.** Als de VGZ Universeel compleet niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt het in dat kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico berekend door het gekozen eigen risicobedrag te vermenigvuldigen met het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de VGZ Universeel compleet zal lopen of heeft gelopen, gedeeld door het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.
- 6.3.** De verzekerde heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het eigen risicobedrag te wijzigen, op voorwaarde dat de wens daartoe uiterlijk 31 december daaraan voorafgaand schriftelijk aan VGZ wordt doorgegeven.
- 6.4.** Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in 2 kalenderjaren is genoten en door de zorgverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is aangevangen. De kosten van een diagnose-behandelcombinatie (dbc) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de dbc is geopend.

Artikel 7. Buitenland

7.1. Medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland heeft voor medisch noodzakelijke zorg aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals bepaald in deze verzekeringsvoorwaarden. Onder tijdelijk verblijf wordt verstaan een verblijf van ten hoogste 365 dagen. Bij opname in een ziekenhuis is de verzekerde verplicht onze alarmcentrale in te schakelen. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

7.2. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, heeft u onze voorafgaande toestemming nodig. U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u één of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

7.3. 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.

7.4. Toestemming (machtiging)

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

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een overeenkomst 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. Dat kan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen, nadat de toestemming is verleend ontvang u van ons een garantieverklaring. 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.

Voor een aanvraag van toestemming hebben wij nodig:

- verwijzing van de huisarts/specialist;
- soort behandeling;
- kostenindicatie;
- behandelplan;
- naam ziekenhuis / polikliniek;
- naam specialist / behandelend arts.

7.5. Repatriëring

Vergoeding van de kosten van het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van de verzekerde of het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde vanuit het buitenland, niet zijnde Nederland, naar het woonland. De repatriëring dient uitgevoerd te worden door onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

Artikel 8. Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten:

- 8.1.** van zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan VGZ. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 8.2.** als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;
- 8.3.** van schriftelijke verklaringen, keuringsrapporten, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van VGZ door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgverleners;
- 8.4.** die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 8.5.** van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de WLz, als de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- 8.6.** die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van deze verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;

- 8.7.** waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening als de verzekering bij VGZ niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 8.8.** van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige wet, wettelijke regeling of andere verzekering, ongeacht of de betrokkene zich daadwerkelijk aanmeldt voor zodanige inschrijving;
- 8.9.** als gevolg van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van VGZ;
- 8.10.** van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

Artikel 9. Klachten en geschillen

9.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de VGZ Universeel compleet

- 9.1.1.** Klachten en geschillen over de uitvoering van de VGZ Universeel compleet kunnen aan VGZ worden voorgelegd. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.
- 9.1.2.** Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door VGZ genomen, en na heroverweging gehandhaafd besluit over de uitvoering van de VGZ Universeel compleet, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.
- 9.1.3.** VGZ bepaalt zijn definitieve standpunt of heroverweegt zijn oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als VGZ niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, dan kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.

9.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze 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.

II. Vergoedingen

Artikel 10. Algemeen

- 10.1. De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg overeenkomstig al hetgeen is bepaald in deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorg in Nederland

De vergoeding van de kosten van zorg in Nederland vindt uitsluitend plaats op basis van het door of namens VGZ met de betrokken zorgverlener overeengekomen of vastgestelde tarief óf op basis van de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als voor een vorm van zorg geen Wmg-tarief geldt of als met de betreffende zorgverlener geen tarief is overeengekomen dan worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Zorg in het woonland

De vergoeding van de kosten van zorg in het woonland, niet zijnde Nederland, vindt plaats tot maximaal de in dat land van toepassing zijnde wettelijke tarieven. Als voor een vorm van zorg geen wettelijk tarief is vastgesteld, vindt vergoeding plaats tot maximaal het voor het betreffende woonland geldende marktconforme bedrag, tenzij anders is bepaald in deze verzekeringsvoorwaarden. De vergoeding wordt in euro's uitgekeerd op een Nederlands rekeningnummer.

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 die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

- 10.2. De kosten worden vergoed als de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding wordt een eventueel eigen risico of eigen bijdrage op grond van de VGZ Universeel compleet in mindering gebracht.
- 10.3. VGZ heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van deze verzekeringsvoorwaarden aanspraak heeft rechtstreeks te betalen aan de zorgverlener, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.
- 10.4. Als VGZ rechtstreeks aan zorgverleners kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico of de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan VGZ. VGZ brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid van VGZ kan deze de hiervoor genoemde kosten verrekenen met de aan de verzekeringnemer of verzekerde verschuldigde bedragen.
- 10.5. Als bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel. De verzekerde is te allen tijde verantwoordelijk voor de machtigingsaanvraag.

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg

Dit krijgt u vergoed

Geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek.

Hier kunt u terecht

Huisarts.

Vergoeding

Volledig.

Bijzonderheden

Onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt ook verstaan zorg die wordt geleverd door derden die medisch bevoegd zijn, onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts zoals een doktersassistente, maatschappelijk werker, nurse practitioner of praktijkondersteuner.

Artikel 12. Verloskundige zorg en kraamzorg

12.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden, inclusief het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg:
als u een kindwens heeft, kunt u vragen om een preconceptieconsult. Tijdens het consult wordt gevraagd naar uw ziektegeschiedenis (anamnese), u krijgt een lichamelijk onderzoek, er vindt laboratoriumonderzoek plaats en u ontvangt voorlichting. Vervolgens wordt in overleg met u bepaald hoe het vervolgtraject eruit ziet;
- Counseling:
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist, waarin u informatie ontvangt over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo;
- Combinatietest:
U kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. De combinatietest bestaat uit 2 onderzoeken:
 1. een bloedonderzoek tussen 9 en 14 weken van de zwangerschap;
 2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen 11 en 14 weken van de zwangerschap.U heeft recht op de combinatietest als u een medische indicatie heeft of als u 36 jaar of ouder bent;
- Twintig-weeken echo (TTSEO):
Met de twintig-weekenecho kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het Tweede Trimester structureel echoscopisch onderzoek (TTSEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Hier kunt u terecht

Verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

De combinatietest en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgverlener met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgverlener, die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

Vergoeding

Volledig.

12.2. Kraamzorg

Dit krijgt u vergoed

Verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Hier kunt u terecht

Kraamverzorgende.

Vergoeding

Ten hoogste € 150 per dag.

Bijzonderheden

Als de bevalling in een ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt voor iedere dag ziekenhuisopname € 150 in mindering gebracht.

Artikel 13. Medisch specialistische zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist;
- orthoptische zorg bij een lui oog (amblyopie), scheelzien (strabismus), dubbelzien (diplopie), zwakte van het oog (asthenopie) en brekingsafwijking (refractie-afwijking);
- de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken in de oogheelkundige zorg;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen;
- verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. Deze zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase);
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie;
- c. plastisch chirurgische behandelingen die zijn uitgesloten (zie artikel [18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie](#)).

Hier kunt u terecht

Medisch specialist.

Vergoeding

Volledig.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Bijzonderheden

De voor de dialyse benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel [30. Hulpmiddelen](#), Hulpmiddelen.

Artikel 14. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [11. Huisartsenzorg](#) (Huisartsenzorg) en artikel [13. Medisch specialistische zorg](#) (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Hier kunt u terecht

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling, onder leiding van een medisch specialist.

Vergoeding

Volledig.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Artikel 15. Erfelijkheidsonderzoek

Dit krijgt u vergoed

Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [13. Medisch specialistische zorg](#) (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Hier kunt u terecht

Centrum voor erfelijkheidsadvies.

Vergoeding

Volledig.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Artikel 16. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

16.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13. [Medisch specialistische zorg](#) (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan heeft u alleen recht op de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst. Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- a. Het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw
- b. Het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie)
- c. De bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium
- d. Het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, dan heeft u recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel

[16.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen](#), Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Wanneer heeft u opnieuw recht op 3 IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit onvruchtbaarheid).

Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

Hier kunt u terecht

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen.

Vergoeding

Volledig.

Verwijsbrief nodig van

gynaecoloog of uroloog.

Extra informatie

Als er bij een IVF-behandeling, waaronder ook begrepen een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie), gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie, zijn bovenstaande voorwaarden voor IVF ook van toepassing. U heeft geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.

IVF in het buitenland

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden.

Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

16.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Dit krijgt u vergoed

Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [13. Medisch specialistische zorg](#) (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie. Hieronder zijn ook begrepen de geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.

Hier kunt u terecht

Gynaecoloog of uroloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling in Nederland.

Vergoeding

Volledig.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 17. Audiologische zorg

Dit krijgt u vergoed

Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [13. Medisch specialistische zorg](#) (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Hier kunt u terecht

Multidisciplinaire team van deskundigen verbonden aan een audio-logisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Vergoeding

Volledig.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

De aanspraak op gehoorapparatuur is geregeld in artikel [30. Hulpmiddelen](#), Hulpmiddelen.

Artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijgt u vergoed

Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [13. Medisch specialistische zorg](#) (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot:

1. correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. correctie van:
 - a. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - b. verslapte bovenoogleden anders dan genoemd onder 3a als er sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de verzekerde ontspannen recht vooruit kijkt;
4. correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

Dit krijgt u niet vergoed

- a. Liposuctie van de buik.
- b. Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden, anders dan genoemd onder omschrijving, punt 3.
- c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Hier kunt u terecht

Medisch specialist.

Vergoeding

Volledig.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Ja, met onderbouwing van de behandelend medisch specialist over de aard en omvang van de afwijking. Aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Artikel 19. Transplantatie van weefsels en organen

Dit krijgt u vergoed

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [13. Medisch specialistische zorg](#) (Medisch specialistische zorg) in verband met transplantatie van weefsels en organen, omvat uitsluitend:

1. beenmergtransplantatie;
2. bottransplantatie;
3. hoornvliestransplantatie;
4. huidweefseltransplantatie;
5. niertransplantatie;
6. harttransplantatie;
7. levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
8. longtransplantatie;
9. hartlongtransplantatie;
10. nierpancreastransplantatie.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voorzover die zorg verband houdt met die opneming;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

Hier kunt u terecht

Medisch specialist in een vergunninghoudend ziekenhuis in Nederland.

Vergoeding

Volledig.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Bijzonderheden

Betreft het transplantatie van hoornvlies of huid dan kan de transplantatie ook uitgevoerd worden door een medisch specialist in een vergunninghoudend ziekenhuis in het woonland.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 20. Psychologische zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Onder deze zorg wordt ook verstaan:

- preventie van depressie als het gaat om cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, problem solving therapy of psycho-educatie. U heeft recht op deze zorg bij een (beginnende) subklinische depressie. Hiervan is sprake als u één kernsymptoom, bijvoorbeeld een neerslachtige stemming, en maximaal 3 andere symptomen van depressie heeft. Bijvoorbeeld een onregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan nog geen sprake. Het programma Mindfulness based cognitive therapie (MBCT) mag worden ingezet bij deze zorg;
- behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. Het programma Beating the Blues mag worden ingezet bij deze zorg als het behandeling betreft van lichte tot matige depressies.

Hier kunt u terecht

Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog-generalist.

Vergoeding

Ten hoogste € 455 per kalenderjaar.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 21. Fysiotherapie en oefentherapie

Dit krijgt u vergoed

Zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Hier kunt u terecht

(Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut. Oedeemtherapie mag ook worden verleend door een huidtherapeut.

Vergoeding

Ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, arbocuratieve of reïntegratietrajecten of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

Artikel 22. Logopedie

Dit krijgt u vergoed

Zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht

Hier kunt u terecht

Logopedist.

Vergoeding

Volledig.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Artikel 23. Ergotherapie

Dit krijgt u vergoed

Zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Hier kunt u terecht

Ergotherapeut.

Vergoeding

Ten hoogste 10 behandeluren per kalenderjaar.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 24. Diëtetiek

Dit krijgt u vergoed

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden.

Hier kunt u terecht

Diëtist.

Vergoeding

Ten hoogste 4 behandeluren per kalenderjaar.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 25. Voetbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

1. Podotherapie. Hieronder wordt verstaan behandelingen van voet afwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.
2. Voetverzorging voor verzekerden met diabetes mellitus.

Hier kunt u terecht

1. Voor behandelingen onder omschrijving, punt 1: podotherapeut.
2. Voor behandelingen onder omschrijving, punt 2: pedicure met aantekening 'diabetesvoet'.

Vergoeding

Ten hoogste € 180 per kalenderjaar.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 26. Tandheelkundige zorg

26.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

Zorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Hier kunt u terecht

Tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding

Ten hoogste € 300 per kalenderjaar.

26.2. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

Zorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Hier kunt u terecht

Tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding

Ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar.

26.3. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

Zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Hier kunt u terecht

Tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding

80% van de kosten tot ten hoogste € 1.500 voor de gehele looptijd van de verzekering.

26.4. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

Zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Hier kunt u terecht

Tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding

80% van de kosten tot ten hoogste € 500 voor de gehele looptijd van de verzekering.

26.5. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Dit krijgt u vergoed

Zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
2. als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

De zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Orthodontische hulp is slechts begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Een bevoegd mondzorgverlener werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of kaakchirurg.

Vergoeding

Volledig.

Eigen bijdrage:

Volgens de in artikel 2.31, lid 1 van de Regeling zorgverzekering.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Bijzonderheden

De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook vgz.nl.

26.6. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbijbehorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat. Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

Hier kunt u terecht

Kaakchirurg.

Vergoeding

Volledig.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 27. Geneesmiddelen

Dit krijgt u vergoed

Geneesmiddelen die volgens de in het woonland geldende wettelijke bepalingen als geneesmiddel ter hand gesteld mogen worden en die voor vergoeding in aanmerking komen. Hieronder wordt tevens verstaan orale anticonceptiemiddelen zoals de anticonceptiepil.

Hier kunt u terecht

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding

Volledig.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden

1. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - middelen die in Nederland ook zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - versterkende- en voedingsmiddelen;
 - vermageringsmiddelen;
 - tonica, medicinale wijnen, traanproducten;
 - vitaminepreparaten;
 - laxemiddelen;
 - cosmetische middelen;
2. Voor de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen, zie artikel [29. Vaccinaties bij vakantie/ tijdelijk verblijf](#).

Artikel 28. Dieetpreparaten

Dit krijgt u vergoed

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten bestaat als er sprake is van:

- a. een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of;
- b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
 - een chronisch obstructief longlijden, of;
 - een cystische fibrose, of;
 - een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Wie mag de dieetpreparaten leveren:

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding

Volledig.

Op voorschrift van

Diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Artikel 29. Vaccinaties bij vakantie/ tijdelijk verblijf

Dit krijgt u vergoed

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

Hier kunt u terecht

Huisarts of Travel Health Clinic.

Vergoeding

Ten hoogste € 100 per kalenderjaar.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 30. Hulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

Bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zorg.

Eigen bijdrage

Voor de hulpmiddelen waarvoor een eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt volgens de genoemde Regeling zorgverzekering, is het bedrag opgenomen in het Reglement hulpmiddelen 2025.

Op voorschrift van

Zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen 2025.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen 2025, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Bijzonderheden

1. De kosten van normaal gebruik zijn voor rekening van de verzekerde, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
2. Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van herstel van schade aan het hulpmiddel als gevolg van toerekenbare onachtzaamheid of opzet van de verzekerde;
3. De Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen 2025 maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [vgz.nl](https://www.vgz.nl).

Artikel 31. Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen

Dit krijgt u vergoed

De aanschaf van een bril (brilmontuur én glazen op sterkte) of contactlenzen op sterkte.

Geleverd door

Opticien.

Vergoeding

Ten hoogste € 150 in een periode van 2 kalenderjaren.

Artikel 32. Steun- of therapiezolen

Dit krijgt u vergoed

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

Geleverd door

Orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, of podotherapeut.

Vergoeding

Ten hoogste € 80 eenmaal per 2 kalenderjaren.

Op voorschrift van

Huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 33. Verblijf

Dit krijgt u vergoed

Medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg, verloskundige zorg, medisch specialistische zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. De medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Bijzonderheden

Onderbrekingen van ten hoogste dertig dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

ZIEKENVERVOER

Artikel 34. Ambulancevervoer

Dit krijgt u vergoed

Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:

1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de VGZ Universeel compleet komen;
2. naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als hij komt van de persoon of instelling, bedoeld in punt 1 van dit artikel.

Wie mag het ambulancevervoer verzorgen

Vergunninghoudende ambulancevervoerder.

Vergoeding

Volledig.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige of medisch specialist. Voorschrift is niet noodzakelijk in spoedgevallen.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Bijzonderheden

Als VGZ toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 35. Ziekenvervoer

Dit krijgt u vergoed

Ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel [34. Ambulancevervoer](#), Ambulancevervoer, of vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de VGZ Universeel compleet komen;
2. naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als hij komt van de persoon of instelling, bedoeld in punt 1 van dit artikel.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

- a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;
- b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
- e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Wie mag het ziekenvervoer verzorgen

Taxivervoerder, als de aanspraak ziekenvervoer per taxi is.

Vergoeding

Volledig. Als het vervoer zoals aangegeven in dit artikel, vervoer met een eigen auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,40 per kilometer.

Eigen bijdrage

Ten hoogste € 126 per kalenderjaar.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Bijzonderheden

Als VGZ toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

PREVENTIE

Artikel 36. Preventieve onderzoeken

Dit krijgt u vergoed

Eenmaal in een periode van 2 kalenderjaren:

1. onderzoek van hart- en bloedvaten;
2. baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje);
3. borstkankeronderzoek;
4. prostaatkankeronderzoek.

Hier kunt u terecht

Huisarts of medisch specialist. De preventieve onderzoeken mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgverlener die een vergunning heeft vergelijkbaar met de vergunning zoals vastgelegd in de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

Vergoeding

Volledig.

III. Begripsomschrijvingen

Ambulancevervoer: het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Apotheekhoudend huisarts: een huisarts aan wie door de bevoegde instanties vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen aan de op zijn naam ingeschreven verzekerden.

Apotheker: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals apothekers die in Nederland plegen te bieden.

Arts: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals artsen die in Nederland plegen te bieden.

Audiologisch centrum: een als zodanig volgens de bij of krachtens wet gestelde regels in het woonland toegelaten instelling.

Bekkenfysiotherapeut: een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals bekkenfysiotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.

Besluit zorgverzekering: Besluit van 28 juni 2005, inclusief alle wijzigingen tot 1 januari 2025, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zvw.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde: een centrum voor bijzondere tandheelkunde conform de eisen die de NZa stelt aan een Instelling voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde kenmerkt zich door een samenwerkingsverband van mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden en faciliteiten respectievelijk ondersteuning dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met bijzondere tandheelkundige problematiek. De te behandelen patiënten kennen een zodanige problematiek dat de hulp redelijkerwijs niet (volledig) kan worden geboden in de eigen praktijk. De aard van de specifieke problematiek vereist veelal een multi-disciplinaire aanpak en kan zijn gelegen in de tandheelkundig-technische moeilijkheidsgraad en/of in de problemen van lichamelijke en/of verstandelijke aard van de te behandelen patiënt.

Centrum voor erfelijkheidsadvies: een als zodanig volgens de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Collectieve overeenkomst van ziektekosten verzekering: een overeenkomst gesloten tussen VGZ en een werkgever of rechtspersoon.

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.

Diëtist: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals diëtisten die in Nederland plegen te bieden.

Eerstelijnspsycholoog: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals eerstelijnspsychologen, ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), of lid zijn bij de landelijke vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), die in Nederland plegen te bieden.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, dat de verzekerde zelf moet betalen voordat er recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico: een door de verzekeringnemer met VGZ overeengekomen bedrag aan kosten van zorg dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.

Ergotherapeut: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals ergotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.

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.

Fysiotherapeut: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals fysiotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.

Geneesmiddelen: de in het betreffende woonland van overheidswege toegelaten middelen, die als geneesmiddelen voorgeschreven en ter hand gesteld mogen worden.

Huisarts: een arts die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals huisartsen die in Nederland plegen te bieden.

Hulpmiddelen: de op grond van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verband middelen.

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 en voldoet aan de in dat land bestaande wettelijke voorwaarden/vergunningen die gelden voor desbetreffende zorgverlenende instellingen.

Kaakchirurg: een tandarts-specialist die als kaakchirurg geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals kaakchirurgen die in Nederland plegen te bieden.

Kinderfysiotherapeut: een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals kinderfysiotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.

Kraamcentrum: een als zodanig in het woonland toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels.

Kraamverzorgende: een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Logopedist: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals logopedisten die in Nederland plegen te bieden.

Machtiging: een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens VGZ wordt verstrekt ten behoeve van de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

Manueel therapeut: een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals manueel therapeuten die in Nederland plegen te bieden.

Medisch specialist: een arts die als medisch specialist geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals medisch specialisten die in Nederland plegen te bieden.

NZa: Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Oedeemtherapeut: een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals oedeemtherapeuten die in Nederland plegen te bieden.

Oefentherapeut: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck die in Nederland plegen te bieden.

Orthodontist: een tandarts-specialist die als orthodontist geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals orthodontisten die in Nederland plegen te bieden.

Pedicure met aantekening 'diabetesvoet': degene die in het bezit is van een geldig certificaat vergelijkbaar met het certificaat Voetverzorging bij Diabetici van het Kennis- en Ontwikkelingscentrum Uiterlijke Verzorging (KOC) of Diabetische Voet van de Nederlandse Organisatie Huid en Voetverzorging (NOHV) / Landelijke Organisatie Pedicure in de Zorg (LOPZ).

Podotherapeut: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals podotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.

Regeling zorgverzekering: Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.

Revalidatie-instelling: een als zodanig toegelaten instelling.

Tandarts: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals tandartsen die in Nederland plegen te bieden.

Tandprotheticus: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals tandprotheticici die in Nederland plegen te bieden.

Travel Health Clinic: een kliniek, verbonden aan een ziekenhuis, voor gezondheidsadviezen, vaccinaties en artikelen die nodig zijn voor een gezond verblijf in de (sub)tropen.

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

Verloskundige: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals verloskundigen die in Nederland plegen te bieden.

Verpleegkundige: degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals verpleegkundigen die in Nederland plegen te bieden.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door VGZ, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met VGZ de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. VGZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. VGZ is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A.

VGZ Universeel compleet: een tussen VGZ en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekerde gesloten verzekering.

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

Wlz: Wet langdurige zorg

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die in het woonland als ziekenhuis volgens de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.



www.vgz.nl

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



COÖPERATIE VGZ

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