Regel het eenvoudig zelf met Mijn VGZ

Verzekeringsvoorwaarden 2027

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.

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.

CONTACT

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

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 7
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 11
Artikel 8. Uitsluitingen 11
Artikel 9. Klachten en geschillen 12

II. Vergoedingen 14

Artikel 10. Algemeen 14

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg 14
Artikel 12. Verloskundige zorg en kraamzorg 15
12.1. Verloskundige zorg 15
12.2. Kraamzorg 15
Artikel 13. Medisch specialistische zorg 16
Artikel 14. Revalidatie 17
Artikel 15. Erfelijkheidsonderzoek 17
Artikel 16. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige vruchtbaarheidsgerelateerde behandelingen 18
16.1. In-vitrofertilisatie (IVF) 18
16.2. Overige vruchtbaarheidsgerelateerde behandelingen 19
Artikel 17. Audiologische zorg 19
Artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie 20
Artikel 19. Transplantatie van weefsels en organen 21

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 20. Psychologische zorg 22

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 21. Fysiotherapie en oefentherapie 22
Artikel 22. Logopedie 23
Artikel 23. Ergotherapie 23
Artikel 24. Diëtetiek 24
Artikel 25. Voetbehandelingen 24

MONDZORG

Artikel 26. Tandheelkundige zorg 24
26.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 24
26.2. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 25
26.3. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 25
26.4. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 25
26.5. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen 25
26.6. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder 26

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 27. Geneesmiddelen 27
Artikel 28. Dieetpreparaten 27
Artikel 29. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland 28

HULPMIDDELENZORG

Artikel 30. Hulpmiddelen en verbandmiddelen 29
Artikel 31. Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen 30
Artikel 32. Steunzolen en therapiezolen 30

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 33. Verblijf 31

ZIEKENVERVOER

Artikel 34. Ambulancevervoer 31
Artikel 35. Ziekenvervoer 32

PREVENTIE

Artikel 36. Preventieve onderzoeken 33

III. Begripsomschrijvingen 34

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Algemene bepalingen

1.1. Grondslag

De VGZ Universeel compleet is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven. Na het sluiten van de VGZ Universeel compleet 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 zijn 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?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg geleverd is tijdens de looptijd van de VGZ Universeel compleet. Hierbij is bepalend 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 een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose- behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de VGZ Universeel compleet en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:
- Besluit zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie
- Regeling zorgverzekering
- Reglement hulpmiddelen
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard

U vindt deze documenten op onze website. U kunt de documenten ook via onze klantenservice opvragen.

1.4. 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.

1.5. 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.

1.6. 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.

1.7. Mededelingen

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

1.8. Bedenkperiode

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

1.9. Nederlands recht

Op de verzekering 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 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 € 1,40 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

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

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 u de premie, eigen bijdragen, eigen risico, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van de VGZ Universeel compleet schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.
Wij mogen de VGZ Universeel compleet beëindigen als u niet op tijd betaalt.

2.4.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, eigen bijdragen, eigen risico, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop

volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

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

2.4.4. Als wij de VGZ Universeel compleet beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 3. Overige verplichtingen

3.1. Verplichtingen

U bent 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;
- medewerking te verlenen aan VGZ, onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de uitvoering van de VGZ Universeel compleet;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden 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;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, verhuizing, geboorte, adoptie, overlijden, wijziging rekeningnummer of beëindiging van het recht op deelname aan een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.
  Als door uw verzuim ten onrechte een premie of een te hoge premie in rekening wordt gebracht, bestaat geen aanspraak op terugbetaling;
- originele nota's binnen 3 jaar na dagtekening bij VGZ in te dienen. De nota's 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. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgverlener. Ingediende nota's waarop uitkering wordt gedaan retourneren wij niet;
- 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:
  - bij opname en verblijf in een ziekenhuis;
  - medisch noodzakelijke repatriëring naar het woonland.
  - voorafgaand aan een opname in een ziekenhuis. In dat geval 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 onze belangen worden geschaad door het niet nakomen van de genoemde verplichtingen in lid 3.1. Verplichtingen, kunnen wij 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

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

4.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden 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 5. Begin, duur en beëindiging van de VGZ Universeel compleet

5.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de verzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

5.2. Einde van rechtswege

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

5.2.1. VGZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;

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 verzekeringsplichtig 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.

Wij informeren u als 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. 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 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 wij op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komen dat de VGZ Universeel compleet zal eindigen of geëindigd is, delen wij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, zo snel mogelijk aan u als verzekeringnemer mee.

5.3. Opzegging door de verzekeringnemer

U als verzekeringnemer kunt 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

Wij kunnen 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 1.4. 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.

5.5. Gezondheidsrisico

Wij kunnen 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 u als verzekeringnemer als wij kunnen de VGZ Universeel compleet slechts schriftelijk opzeggen.

Artikel 6. Eigen risico

6.1. Eigen bijdragen op grond van de VGZ Universeel compleet brengen wij niet in mindering 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. U 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. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

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. Als u tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, dan heeft u 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. Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft, dan moet u onze alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

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, ontvangt 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 uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot vanuit het buitenland, niet zijnde Nederland, naar het woonland. De repatriëring moet uitgevoerd worden door onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB. Verzorgt onze alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

Artikel 8. Uitsluitingen

U heeft 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 u bekend was of kon zijn of waarvan u 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. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EMB)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen 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 u aanspraak zou kunnen maken op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), als u 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 u aanspraak zou kunnen maken 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 die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken;

8.8. van zorg waarop u aanspraak zou kunnen maken op grond van enige wet, wettelijke regeling of andere verzekering, ongeacht of u 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.

8.11. (vergoeding van de kosten van) zorg en/of diensten die u als zorgaanbieder aan uzelf verleent.

8.12. (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.

Artikel 9. Klachten en geschillen

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

9.1.1. U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Klachten en geschillen over de uitvoering van de VGZ Universeel compleet kunt u aan VGZ voorleggen. 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.

9.1.2. 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 daartoe bevoegde rechter.

9.1.3. 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 u in uw belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.

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. U 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 u 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 u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden aanspraak heeft rechtstreeks te betalen aan de zorgverlener, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt uw aanspraak op vergoeding.

10.4. Als VGZ rechtstreeks aan zorgverleners kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder het met u als 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 u als 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. U bent te allen tijde verantwoordelijk voor de machtigingsaanvraag.

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg

Dit krijgt u vergoed
Geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en het hierbij behorende onderzoek en diagnostiek.

Vergoeding
Volledig.

Hier kunt u terecht
Bij een huisarts. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door derden die medisch bevoegd zijn, zoals een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP) 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 die plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt. Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg:
  als u een kinderwens 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;
- Counceling:
  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-weken 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 nekplooimeting 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-weken echo (TTSEO):
  Met de twintig-wekenecho 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.

Vergoeding
Volledig.

Hier kunt u terecht
Bij een verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

De combinatietest en de twintig-weken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgverlener met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgverlener, die een samenwerkingsafspraak 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.

12.2. Kraamzorg

Dit krijgt u vergoed
Zorg 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.

Vergoeding
Maximaal € 150 per dag.

Dit krijgt u niet vergoed
Als de bevalling in een ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt voor iedere dag ziekenhuisopname € 150 in mindering gebracht.

Hier kunt u terecht
Bij een gediplomeerde kraamverzorgende.

Artikel 13. Medisch specialistische zorg

Dit krijgt u vergoed
U heeft recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:
- 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.
- 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).

Dit krijgt u niet vergoed
a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
b. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
c. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt. Zie artikel 16. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige vruchtbaarheidsgerelateerde behandelingen.
d. Plastisch chirurgische behandelingen die zijn uitgesloten (zie artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie).

Vergoeding
Volledig.

Hier kunt u terecht
Medisch specialist.

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.

Extra informatie
De voor de dialyse benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 30. Hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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).

Vergoeding
Volledig.

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

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
Erfelijkheidsonderzoek is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13. Medisch specialistische zorg (Medisch specialistische zorg) en omvat 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.

Vergoeding
Volledig.

Hier kunt u terecht
Bij een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

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 vruchtbaarheidsgerelateerde behandelingen

16.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Dit krijgt u vergoed
In-vitrofertilisatie (IVF) is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13. Medisch specialistische zorg (Medisch specialistische zorg) en omvat 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 wordt de eerste en tweede IVF-poging alleen vergoed 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. De 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 vruchtbaarheidsgerelateerde 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 onvruchtbaarheid.

Vergoeding
Volledig.

Hier kunt u terecht
Bij een 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.

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 vruchtbaarheidsgerelateerde behandelingen

Dit krijgt u vergoed
Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13. Medisch specialistische zorg (Medisch specialistische zorg) en omvat gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de vruchtbaarheid bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed voor vrouwen van 43 jaar of ouder.

Vergoeding
Volledig.

Hier kunt u terecht
Bij een gynaecoloog of uroloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling in Nederland.

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.

Vergoeding
Volledig.

Hier kunt u terecht
Multidisciplinaire team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts of medisch specialist.

Extra informatie
De aanspraak op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 30. Hulpmiddelen en verbandmiddelen, Hulpmiddelen.

Artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijgt u vergoed

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13. Medisch specialistische zorg (Medisch specialistische zorg) en omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

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 verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltespleten, 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. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprosthese als sprake is van agenesie/aplesie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders;
8. Correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

In de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

Vergoeding

Volledig.

Dit krijgt u niet vergoed

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

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

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

Transplantatie van weefsels en organen is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13. Medisch specialistische zorg (Medisch specialistische zorg) 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 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 preservering, 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 maximaal 13 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 opname;
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. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, dan komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.

Vergoeding

Volledig.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist in een vergunninghoudend ziekenhuis in Nederland.
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.

Toestemming

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

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 ontregelde 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.

Vergoeding
Maximaal € 455 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht
Bij een 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.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 21. Fysiotherapie en oefentherapie

Dit krijgt u vergoed
Fysiotherapie en oefentherapie is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Vergoeding
Maximaal € 1.000 per kalenderjaar.

Dit krijgt u niet vergoed
- Zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek
- Sportmassage
- Artbeids- en bezigheidstherapie
- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen
- Re-integratietrajecten. Re-intgratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces
- Behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, (fysio)fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut. Voor gespecialiseerde fysiotherapie kunt u terecht bij een bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie: bij een oefentherapeut. Voor gespecialiseerde oefentherapie kunt u terecht bij een bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 22. Logopedie

Dit krijgt u vergoed

Logopedie is zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Vergoeding

Volledig.

Dit krijgt u niet vergoed

Logopedische behandelingen in verband met:

- Dyslexie
- Taalontikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid
- Spreken in het openbaar
- Voordrachtskunst.

Hier kunt u terecht

Bij een logopedist.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 23. Ergotherapie

Dit krijgt u vergoed

Ergotherapie is zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Vergoeding

Maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

Bij een ergotherapeut.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 24. Diëtetiek

Dit krijgt u vergoed
Diëtetiek is zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, als deze zorg een geenskundig doel heeft. Onder diëtetiek wordt verstaan voorlichting met een medisch doel en het behandelen van patiënten door dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.

Vergoeding
Maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht
Bij een diëtist.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 25. Voetbehandelingen

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

Vergoeding
Maximaal € 180 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht
1. Voor behandelingen onder omschrijving, punt 1: podotherapeut.
2. Voor behandelingen onder omschrijving, punt 2: pedicure met aantekening ‘diabetesvoet’.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts of medisch specialist.

MONDZORG

Artikel 26. Tandheelkundige zorg

26.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Vergoeding
Maximaal € 300 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of kaakchirurg.

26.2. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed
Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Vergoeding
Maximaal € 1.000 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of kaakchirurg.

26.3. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Vergoeding
80% van de kosten tot maximaal € 1.500 voor de gehele looptijd van de verzekering.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of kaakchirurg.

26.4. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed
Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Vergoeding
80% van de kosten tot maximaal € 500 voor de gehele looptijd van de verzekering.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of kaakchirurg.

26.5. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Dit krijgt u vergoed
Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen is zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. Als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven gelijkwaardig aan die u 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 u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven gelijkwaardig aan die u 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 zorg is alleen begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Vergoeding
Volledig.

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

Hier kunt u terecht
1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:
   Bij een tandarts met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring, een bevoegd mondzorgverlener werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.
2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:
   Bij een bevoegd mondzorgverlener werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts met aantoonbare specifeke deskundigheid en ervaring. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltespleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

De zorg mag worden verleend in een:
1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

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.

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

26.6. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed
Kaakchirurgie is chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden als u 18 jaar en ouder bent.

Vergoeding
Volledig.

Dit krijgt u niet vergoed
- Chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie)
- Het aanbrengen van een implantaat
- Ongecompliceerde extracties. Bij deze extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

Hier kunt u terecht
Bij een kaakchirurg.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, tandarts, orthodontist, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming
U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig, aan te vragen via onze alarmcentrale. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 27. Geneesmiddelen

Dit krijgt u vergoed
Farmaceutische zorg omvat levering van 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 ook verstaan orale anticonceptiemiddelen zoals de anticonceptiepil.

Vergoeding
Volledig.

Dit krijgt u niet vergoed
- (Genees)middelen die in Nederland ook zonder recept verkrijgbaar zijn
- Versterkende- en voedingsmiddelen
- Vermageringsmiddelen
- Tonica, medicinale wijnen, traanproducten
- Vitaminepreparaten
- Laxeermiddelen
- Cosmetische middelen

Voor de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen als sprake is van ziekterisico bij reizen, zie artikel 29. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland.

Hier kunt u terecht
Bij een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Op voorschrift van
Huisarts, diëtist, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 28. Dieetpreparaten

Dit krijgt u vergoed
Dieetpreparaten zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Dieetpreparaten maken alleen deel uit van de zorg als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:
a. Lijdt aan een stofwisselingsstoornis
b. Lijdt aan een voedselallergie
c. Lijdt aan een resorptiestoornis
d. Lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of
e. Daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een medische voeding met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Er zijn verschillende soorten, onder andere drinkvoeding en sondevoeding. In drinkvoeding zijn bijvoorbeeld extra energie, eiwitten, vetten of vitamines en mineralen opgenomen. Sondevoeding is speciale voeding die via een dun slangetje (een sonde) door de neus of buikholte direct naar de maag of darm gaat.

Dieetproduct

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

Vergoeding

Volledig.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Op voorschrift van

Huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

Toestemming

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

Artikel 29. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

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

Vergoeding

Maximaal € 100 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

Bij een huisarts of Travel Health Clinic.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 30. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

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 u aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zorg.

Hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten.

Gebruikt u een hulpmiddel of een verbandmiddel en wilt u overstappen naar een nieuwe hulpmiddelenleverancier? Neem dan tijdig contact op met uw huidige hulpmiddelenleverancier om u af te melden. U kunt per zorgvraag bij één hulpmiddelenleverancier tegelijk terecht.

Gaat het om verbruiksartikelen zoals verbandmiddelen, hulpmiddelen bij diabetes, incontinentie- of stomamaterialen? Dan meldt u aan uw nieuwe hulpmiddelenleverancier tot wanneer u voldoende hulpmiddelen en/of verbandmiddelen heeft. Hiermee voorkomt u onnodige voorraad. Onnodige voorraad krijgt u niet vergoed.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:
- Of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- De kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- Of u een verwijzing nodig heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor (eerste) aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

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

Hier kunt u terecht
Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen (hulpmiddelenleverancier). In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de hulpmiddelenleverancier aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Verwijsbrief nodig van
In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming
In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Toestemming vraagt u aan via onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Extra informatie
1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.
4. De kosten van normaal gebruik zijn voor uw rekening, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
5. U heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten van herstel van schade aan het hulpmiddel als gevolg van toerekenbare onachtzaamheid of opzet;
6. De Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook 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.

Vergoeding
Maximaal € 150 in een periode van 2 kalenderjaren.

Hier kunt u terecht
Bij een opticien.

Artikel 32. 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 een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Vergoeding
Maximaal € 80 eenmaal per 2 kalenderjaren.

Hier kunt u terecht
Bij een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

Op voorschrift van
Huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 33. Verblijf

Dit krijgt u vergoed
Verblijf is medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11. Huisartsenzorg), verloskundige zorg (artikel 12.1. Verloskundige zorg), medisch specialistische zorg (artikelen 13 tot en met 19), chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (artikel 26.5. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen en artikel 26.6. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 365 dagen in een ziekenhuis of revalidatieinstelling, zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.
Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van 365 dagen. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

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.

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 u zorg gaat ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de VGZ Universeel compleet komen;
2. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van de persoon of instelling, bedoeld in punt 1 van dit artikel.

Vergoeding
Volledig.

Hier kunt u terecht
Bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.

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.

Extra informatie
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, 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 u zorg gaat ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de VGZ Universeel compleet komen;
2. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van de persoon of instelling, bedoeld in punt 1 van dit artikel.

U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

a. Voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
b. Voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
c. Als u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
d. Als uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
e. Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?
Als de uitkomst van de rekensom ‘aantal aaneengesloten maanden dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis’ groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Vergoeding
Volledig. Als het vervoer zoals aangegeven in dit artikel, vervoer met een eigen auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,43 per kilometer.

Eigen bijdrage
Maximaal € 140 per kalenderjaar. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Hier kunt u terecht

- Bij een taxivervoerder
- Bij een openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse
- Eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,43 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

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.

Extra informatie
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.

Vergoeding
Volledig.

Hier kunt u terecht
Bij een 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.

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 2027, 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.

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

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 beschikt over een geldige registratie vergelijkbaar met een medisch pedicure of pedicure met aantekening diabetische voet die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert, het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo of het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

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 tandprothetici 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 of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door VGZ, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met VGZ de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en de verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, dan wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

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. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt VGZ/de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

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.

D0205-202611