



Aanvullende Verzekeringsvoorwaarden in 2020

Zelf alles
online
regelen met
Mijn VGZ

VGZ universeel
Aanvullend



Met hart voor zinnige zorg

Welkom bij VGZ

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw zorgverzekering bij VGZ. Meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekeringspakketten vindt u op www.vgz.nl.

Met hart voor zinnige zorg

Mijn VGZ

Via Mijn VGZ kunt u onder andere uw zorgpolis wijzigen, uw declaraties inzien en uw premie betalen. Met uw DigiD kunt u direct inloggen op www.mijnvgz.nl.

Belangrijke informatie

Contact

Kijk voor onze contactgegevens op www.vgz.nl/contact.

Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners

Onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op www.vgz.nl/zorgzoeker.

Aanvragen toestemming

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

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via www.mijnvgz.nl. U kunt veilig inloggen met uw DigiD. Het bedrag dat wij vergoeden, ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening. Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

VGZ
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven



Inhoud

Welkom bij VGZ 2

I.	Algemeen gedeelte	4
	Artikel 1. Begripsomschrijvingen	4
	Artikel 2. Algemene bepalingen	7
	Artikel 3. Premie	9
	Artikel 4. Overige verplichtingen	10
	Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	11
	Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de VGZ Universeel aanvullend	11
	Artikel 7. Eigen risico	12
	Artikel 8. Uitsluitingen	12
	Artikel 9. Klachten en geschillen	13
II.	Vergoedingen	14
	Artikel 10. Vergoeding van de kosten van zorg	14
	Artikel 11. Kraamzorg	15
	Artikel 12. Correctie oorschelpen	15
	Artikel 13. Ooglidcorrectie	15
	Artikel 14. Sterilisatie	16
	Artikel 15. Psychologische zorg	16
	Artikel 16. Fysiotherapie en oefentherapie	17
	Artikel 17. Voetbehandelingen	17
	Artikel 18. Hulpmiddelen	17
	Artikel 19. Preventieve onderzoeken	18
	Artikel 20. Buitenland	18
	Artikel 21. Tandheilkundige zorg	19
	Artikel 22. Orthodontische zorg	19



I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden van de VGZ Universeel aanvullend wordt verstaan onder:

- 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.
- 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 2020, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zvw.
- Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering:**
een overeenkomst gesloten tussen VGZ en een werkgever of rechtspersoon.
- 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 risico:**
een door de verzekeringnemer met VGZ als onderdeel van de VGZ Universeel aanvullend overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.
- Europese Unie en EER-lidstaat:**
hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- Fraude:**
het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbers 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.



- 12. Fysiotherapeut:**
degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals fysiotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.
- 13. Geneesmiddelen:**
de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
- 14. Gezondheidszorgpsycholoog:**
degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals gezondheidszorgpsychologen ingeschreven in het register als bedoeld in de Wet BIG, die in Nederland plegen te bieden.
- 15. GGZ:**
Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg.
- 16. GGZ-instelling:**
een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig volgens de bij of krachtens de geldende wet is toegelaten.
- 17. Huisarts:**
een arts die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals huisartsen die in Nederland plegen te bieden.
- 18. Jeugdpsycholoog:**
degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals jeugdpsychologen, ingeschreven bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), die in Nederland plegen te bieden.
- 19. Kaakchirurg:**
een tandarts-specialist die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals kaakchirurgen die in Nederland plegen te bieden.
- 20. Kinderfysiotherapeut:**
een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals kinderfysiotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.
- 21. Kinderpsycholoog:**
degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals kinderpsychologen, ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), die in Nederland plegen te bieden.
- 22. Machtiging:**
een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens VGZ wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
- 23. 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.
- 24. 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.
- 25. Oedeemtherapeut:**
een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals oedeemtherapeuten die in Nederland plegen te bieden.



- 26. 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.
- 27. Orthodontist:**
een tandarts-specialist die als orthodontist geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals orthodontisten die in Nederland plegen te bieden.
- 28. Orthopedagoog-Generalist:**
degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals orthopedagoog-generalisten ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), die in Nederland plegen te bieden.
- 29. 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).
- 30. Podotherapeut:**
degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals podotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.
- 31. Regeling zorgverzekering:**
Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/W-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.
- 32. Tandarts:**
degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en zorg biedt zoals tandartsen die in Nederland plegen te bieden.
- 33. 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.
- 34. Verdragsland:**
een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/ tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- 35. Verzekerde:**
degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door VGZ, is vermeld.
- 36. Verzekeringnemer:**
degene die met VGZ de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
- 37. 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 aangeduid met 'wij' en 'ons'.
- 38. VGZ Universeel aanvullend:**
een tussen VGZ en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekerde gesloten aanvullende verzekering. Deze verzekering kan gesloten worden in combinatie met de VGZ Ruime Keuze, VGZ Eigen Keuze of een sociale verzekering van het woonland.



39. **VGZ Ruime Keuze/ VGZ Eigen Keuze:**
een tussen VGZ en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
40. **Wet BIG:**
de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
41. **Wlz:**
Wet langdurige zorg.
42. **Wmg-tarieven:**
tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
43. **Ziekenhuis:**
een instelling voor medisch specialistische zorg, die in het woonland als ziekenhuis volgens de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
44. **Zorgverzekering:**
een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
45. **Zvw:**
de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1 Grondslag

De verzekeringsovereenkomst 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 verzekeringsovereenkomst, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten verzekering(en) vermeld. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de VGZ Universeel aanvullend. De VGZ Universeel aanvullend kan uitsluitend als aanvulling op een VGZ Ruime Keuze, VGZ Eigen Keuze of een sociale verzekering van het woonland, zijnde een EU-/EER-lidstaat of een verdragsland worden gesloten. De VGZ Universeel aanvullend kan niet in combinatie met enig andere aanvullende verzekering van VGZ worden gesloten.

2.2 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 verzekeringsovereenkomst 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.

2.3 Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.



Aangifte en registratie

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

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

Beëindiging verzekering(en)

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

2.4 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.

2.5 Bescherming van uw persoonsgegevens

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

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

2.6 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht 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.

2.7 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.

2.8 Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.



Artikel 3. Premie

3.1 Verschuldigheid 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. U vindt meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post op onze website. U betaalt geen kosten voor de polis.

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

Kosteloze betaalmogelijkheden

- U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen.
- U maakt gebruik van de mogelijkheid om via 'Mijn VGZ' gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling, dit kan desgewenst direct via Ideal.
- Uw werkgever houdt de premie op uw salaris in en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, eigen risico en eigen bijdragen dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie, eigen risico en eigen bijdragen niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen 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. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 stuurt VGZ u een papieren factuur. Als VGZ ervoor kiest u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.2 Verrekening

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

3.3 Overlijden

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



3.4 Niet-tijdig betalen

- 3.4.1.** Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten 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.
- Ingeval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.4.2.** VGZ brengt de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.4.3.** Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft VGZ bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.4.4.** VGZ kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 3.4.2 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van VGZ te ontvangen bedragen.
- 3.4.5.** 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 4. Overige verplichtingen

4.1 Verplichtingen

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- bij het intrekken 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 gewenste informatie, welke nodig is voor de uitvoering van de verzekering;
- 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 giro-nummer 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 terugbetaling;
- ingeval van vergoeding van de kosten van zorg de originele nota's binnen drie 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;
- de VGZ Alarmcentrale 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 de VGZ Alarmcentrale vooraf ingeschakeld worden. Bij medisch noodzakelijke onvoorzienbare zorg moet de VGZ Alarmcentrale zo snel als mogelijk ingeschakeld worden.Als het inschakelen van de VGZ Alarmcentrale in deze gevallen achterwege blijft, bedraagt de maximale vergoeding hetgeen naar Nederlandse marktomstandigheden als redelijk en passend is te beschouwen.



4.2 Belangen

Wanneer de belangen van VGZ worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen kan VGZ de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

VGZ heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de 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 aanvullend op een door VGZ vast te stellen datum.

5.2 Opzeggingsrecht

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

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de VGZ Universeel aanvullend

6.1 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.

6.2 Einde van rechtswege

De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- 6.2.1. VGZ ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen (zorg)verzekeringen meer mag aanbieden;
- 6.2.2. VGZ stopt met het aanbieden en uitvoeren van de VGZ Universeel aanvullend;
- 6.2.3. de verzekerde overlijdt;
- 6.2.4. de verzekerde terugkeert naar Nederland;
- 6.2.5. de verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is volgens de Zorgverzekeringswet of de sociale verzekering van het woonland of uit hoofde van het aanvaarden van een dienstbetrekking aanspraak kan doen gelden op een andere verzekering;
- 6.2.6. 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 twee maanden voordat een VGZ Universeel aanvullend op grond van het onder 6.2.1. gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden en de datum waarop de verzekering eindigt. Als een VGZ Universeel aanvullend eindigt op grond van het onder 6.2.2. gestelde verplicht VGZ zich de verzekeringnemer uiterlijk zes maanden voordat de VGZ Universeel aanvullend 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 6.2.3 tot en met 6.2.6. gestelde, tot het einde van de VGZ Universeel aanvullend hebben geleid of kunnen leiden. Als VGZ op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de verzekering 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.



6.3 Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- tegelijk met de beëindiging van de VGZ Ruime Keuze of de VGZ Eigen Keuze;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

6.4 Opzegging door VGZ

VGZ kan de verzekering opzeggen of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie, zoals vermeld in artikel 3.4;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of bescheiden aan VGZ die tot nadeel voor VGZ (kunnen) leiden;
- als de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met als opzet VGZ te misleiden of als VGZ geen verzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. VGZ kan de verzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. VGZ is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of hij kan de uitkering verminderen. VGZ kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5 Gezondheidsrisico

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

6.6 Wijze van opzeggen

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

Artikel 7. Eigen risico

- 7.1. Als de VGZ Universeel aanvullend 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 aanvullend zal lopen of heeft gelopen, gedeeld door het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.
- 7.2. 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.
- 7.3. 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 twee kalenderjaren is genoten en door de zorgverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is aangevangen.

Artikel 8. Uitsluitingen

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

- 8.1. van zorg die gemaakt zijn in Nederland;
- 8.2. van schriftelijke verklaringen, keuringsrapporten, administratiekosten, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van VGZ door derden in rekening worden gebracht, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgverleners;
- 8.3. die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 8.4. die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico verschuldigd op grond van de VGZ Ruime Keuze of VGZ Eigen Keuze of de VGZ Universeel aanvullend;
- 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. 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 alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. VGZ hanteert het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. Zie www.vgz.nl;



- 8.7. van zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet, een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering of de sociale verzekering van het woonland, ongeacht of betrokkene zich daadwerkelijk aanmeldt voor zodanige inschrijving;
- 8.8. 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;
- 8.9. van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van VGZ.

Artikel 9. Klachten en geschillen

9.1 Klachten en geschillen over de uitvoering van de VGZ Universeel aanvullend

- 9.1.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de VGZ Universeel aanvullend kunnen aan VGZ worden voorgelegd. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
- 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 aanvullend, 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? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.



II. Vergoedingen

Artikel 10. Vergoeding van de kosten van zorg

10.1 Aanvullend op de VGZ Ruime Keuze of de VGZ Eigen Keuze

De vergoeding van de kosten van zorg buiten Nederland bedraagt op basis van de VGZ Ruime Keuze of de VGZ Eigen Keuze ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan de in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. In de VGZ Universeel aanvullend worden de kosten vergoed, die op basis van de maximale vergoeding volgens de VGZ Ruime Keuze of de VGZ Eigen Keuze voor eigen rekening blijven, tot ten hoogste het in het woonland geldende wettelijke tarief voor de betreffende vorm van zorg. Als er geen sprake is van een wettelijk tarief dan vindt vergoeding plaats tot ten hoogste het in het woonland geldende marktconforme tarief, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald. Voor de overige vergoeding van de kosten van zorg in de VGZ Universeel aanvullend zie de artikelen 11 t/m 23.

10.2 Aanvullend op de sociale verzekering van het woonland

Op basis van de sociale verzekering van het woonland (EU-/EER-land of verdragsland) kunt u aanspraak maken op zorg zoals bepaald in de wettelijke regeling van het woonland. In de VGZ Universeel aanvullend worden de kosten van zorg vergoed die op basis van de sociale verzekering voor eigen rekening blijven, maar vanuit de VGZ Ruime Keuze of de VGZ Eigen Keuze voor vergoeding in aanmerking zouden komen. De vergoeding wordt aangevuld tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan de in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De kosten van behandelingen in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking. Voor de overige vergoeding van de kosten van zorg in de VGZ Universeel aanvullend zie de artikelen 11 t/m 23.

10.3 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 aanvullend in mindering gebracht.

10.4 VGZ heeft het recht om de kosten van zorg, 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.

10.5 Als VGZ rechtstreeks aan de zorgverlener kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder een 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.

10.6 De vergoeding wordt in euro's uitgekeerd op een Nederlands bank- of gironummer. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van 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 drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

10.7 Toestemming

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 heeft 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 een aanvraag van toestemming hebben wij nodig:

- Verwijzing van de huisarts/specialist
- Soort behandeling
- Kostenindicatie
- Behandelplan
- Naam ziekenhuis / polikliniek
- Naam specialist / behandelend arts

10.8 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.

Artikel 11. Kraamzorg

Omschrijving:

tegemoetkoming in de kosten van de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering of de sociale verzekering van het woonland.

Vergoeding:

ten hoogste € 150 per bevalling.

Bijzonderheden:

de aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren respectievelijk dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de zorgverzekering of de sociale verzekering van het woonland betrekking heeft.

Artikel 12. Correctie oorschelpen

Omschrijving:

behandeling van plastisch-chirurgische aard in een ziekenhuis die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Vergoeding:

volledig.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend plastisch chirurg of KNO-arts. De machtiging dient via de VGZ Alarmcentrale aangevraagd te worden.

Artikel 13. Ooglidcorrectie

Omschrijving:

correctie van bovenoogleden.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.



Vergoeding:

volledig.

Indicatie:

U heeft recht op een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:

- als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt, of;
- als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist. Bij de aanvraag moet een foto worden meegestuurd (gemaakt door het ziekenhuis of uzelf) waarop de afwijking – zoals omschreven onder indicatie – goed zichtbaar is. De machtiging dient via de VGZ Alarmcentrale aangevraagd te worden.

Artikel 14. Sterilisatie

Omschrijving:

sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 15. Psychologische zorg

Omschrijving:

een aanvulling op het aantal zittingen eerstelijnspsychologische vanuit de zorgverzekering. 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 drie 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.

Wie mag de zorg verlenen:

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.

Verwijzing door:

huisarts.

Vergoeding:

ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60 per zitting.



Artikel 16. Fysiotherapie en oefentherapie

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

(kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut.

Vergoeding:

ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar.

Verwijzing:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

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

Artikel 17. Voetbehandelingen

Omschrijving:

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.

Wie mag de zorg verlenen:

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.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Artikel 18. Hulpmiddelen

18.1 Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen

Omschrijving:

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

Geleverd door:

opticiën.

Vergoeding:

ten hoogste € 150 in een periode van twee kalenderjaren.

18.2 Steun- of therapiezolen

Omschrijving:

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 twee kalenderjaren.

Voorschrift:

huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

Artikel 19. Preventieve onderzoeken

Omschrijving:

eenmaal in een periode van twee kalenderjaren:

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

Wie mag de zorg verlenen:

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.

Artikel 20. Buitenland

20.1 Medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

Omschrijving:

medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland;
medisch noodzakelijk ambulancevervoer voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

bij een opname in een ziekenhuis, in een ander land dan het woonland, is de verzekerde verplicht om de VGZ Alarmcentrale in te schakelen. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

20.2 Repatriëring

Omschrijving:

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. Hieronder wordt verstaan:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisonderneming;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.



Wie mag de repatriëring verzorgen:

VGZ Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op onze website.

Vergoeding:

volledig.

20.3 Vaccinaties

Omschrijving:

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, (meningococcon) meningitis, rabiës of malaria.

Wie mag de zorg verlenen:

huisarts of Travel Health Clinic.

Vergoeding:

ten hoogste € 100 per kalenderjaar.

Artikel 21. Tandheelkundige zorg

Voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

zorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding:

80% van de kosten tot ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar.

Artikel 22. Orthodontische zorg

22.1 Voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

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

22.2 Voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

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



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



Met hart voor zinnige zorg