

Overeenkomsten basisverzekering & aanvullende verzekering PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

INHOUDSOPGAVE

I. Algemeen gedeelte	2
II. Prestatiewijze en dekking	16
III. Zorgdiensten PNO Ziektekosten	33

OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

INHOUDSOPGAVE

I. Algemeen gedeelte	2
II. Prestatiewijze en dekking	11

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

INHOUDSOPGAVE

I. Algemeen gedeelte	2
II. Prestatiewijze en dekking	16
III. Zorgdiensten PNO Ziektekosten	33

I. ALGEMEEN GEDEELTE

INHOUDSOPGAVE

- BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	Artikel 1
- GRONDSLAG VAN DE ZORGVERZEKERING	Artikel 2
- VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE	Artikel 3
- OVERIGE BEPALINGEN	Artikel 4 Fraude
	Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving
	Artikel 6 Betalingsverplichtingen
	Artikel 7 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
	Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden
	Artikel 9 Begin en einde van de zorgverzekering
	Artikel 10 Geschillen
	Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens
	Artikel 12 Uitsluitingen
	Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ
	Artikel 14 Materieel controleren

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1 Arts

Een arts die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Een volksverzekering die zware geneeskundige risico's dekt die niet onder de zorgverzekering vallen.

Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld Register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Body Mass Index

Body Mass Index (BMI) is een index voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. Het BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door de lengte in meters en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte.

Burgerservicenummer (BSN)

Een uniek persoonsnummer dat automatisch wordt verkregen bij een eerste inschrijving bij een Nederlandse gemeente.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee door de zorgverzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een tandheelkundige behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (de WBMV) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC omschrijft door middel van een DBC-prestatiecode het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieders consulteert. Het DBC traject omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dienstenstructuur

Een door huisartsen beheerde rechtspersoon, die is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ernstige dyslexie

Een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

EU- en EER-staat

Naast Nederland maken tevens de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

De GGD is een regionale organisatie aangesloten bij GGD Nederland die in opdracht van een gemeente werkt aan een gezonde(re) samenleving en zich inzet voor de bewaking, bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

GGZ-instellingen

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die als volwaardig lid staat ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en die krachtens de Wet BIG gerechtigd is de aangegeven titel te voeren.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld Register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan de door de Regeling zorgverzekering aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Jeugdgezondheidszorgarts

Een arts die is ingeschreven als jeugdgezondheidszorgarts in het Register Arts Maatschappij en Gezondheid of het profielregister jeugdgezondheidszorg.

Kaakchirurg

Een tandartsspecialist die als kaakchirurg is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Kinder- en Jeugdpsycholoog

Een Kinder- en Jeugdpsycholoog die als zodanig, als volwaardig lid staat ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

Kraamcentrum

Een instelling die, conform bij of krachtens de wet gestelde regels, als zodanig is toegelaten.

Leefstijladviseur

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positieve determinanten van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Medisch adviseur

Een arts die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch-specialist

Een arts die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist en die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens is ingeschreven als oedeemtherapeut in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

Een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Onvoorziene behandeling in het buitenland

Acute medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland.

Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

Orthodontist

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist die als zodanig staat geregistreerd in het register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling

Het protocol, ontwikkeld aan de Universiteit van Maastricht onder begeleiding van het College voor Zorgverzekeringen, dat als leidraad dient voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en die krachtens de Wet BIG gerechtigd is de aangegeven titel te voeren.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

Thuiszorginstelling

Een organisatorisch verband dat conform wet- en regelgeving zorg ten huize van een patiënt verleent, al dan niet binnen de AWBZ. De instelling moet zijn aangesloten bij, dan wel lid zijn van, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) of de Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN).

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, polisaanhangsel of verzekeringspas is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringplichtige

Degene die op grond van artikel 2 van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Voorziene behandeling in het buitenland

Medisch noodzakelijke, niet-acute zorg in het buitenland.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Ziekenhuis (waaronder begrepen Zelfstandig behandelcentrum)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) die bij of krachtens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Zorgverzekering

De PNO Ziektekosten Basis.

GRONDSLAG VAN DE ZORGVERZEKERING

Artikel 2

- lid 1 De zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichtingen, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De zorgverzekering is vastgelegd in de zorgpolis, bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet, en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

- lid 2 De zorgverzekeraar verstrekt de zorgpolis als bewijs van de zorgverzekering.
- lid 3 De aanspraak op vergoeding van kosten krachtens de zorgverzekering wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- lid 4 De verzekerde heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten voor zover de kosten zijn gemaakt tijdens de periode waarin de zorgverzekering van kracht is. Hierbij is de behandel- of leveringsdatum bepalend, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Ingeval de nota betrekking heeft op een DBC worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC binnen de looptijd van de zorgverzekering valt.
- lid 5 De kosten van zorg op basis van de zorgverzekering kunnen -behoudens eigen bijdragen en eigen risico- door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst bestaat tussen zorgverlener en zorgverzekeraar op grond waarvan rechtstreeks wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan rechtstreeks betalen aan degene die de betreffende zorg heeft geleverd. De betreffende betaling geldt dan eveneens als bevrijdend tegenover de verzekerde. Als de uitkering rechtstreeks aan de zorgverlener wordt betaald, worden de bedragen van eigen risico's, niet verzekerde kosten en eigen bijdragen aan de verzekerde voorgeschoten.
- De zorgverzekeraar kan de eerstvolgende uitkeringen van vergoedingen uit hoofde van één of meer zorgverzekeringen van de verzekeringnemer verrekenen met de bedragen die voor de verzekerde zijn voorgeschoten. Als verrekening niet mogelijk is, ontvangt de verzekeringnemer een nota.
- lid 6 Indien de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

Artikel 3

- lid 1 De verzekerde is verplicht:
1. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een geldig legitimatiebewijs in de zin van artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht;
 2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
 3. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of degene die met de controle is belast, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;
 4. de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 5. binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden dat hij gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van detentie.
- lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de zorgverzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Voor de administratieve afhandeling is het echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen openstaande eigen risico bedragen en/of geldende eigen bijdragen.
- De nota moet zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Indien de nota in een andere dan bovengenoemde talen is opgesteld kan de zorgverzekeraar verzoeken om vertaling, eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau. De kosten daarvan zijn voor rekening van de verzekerde.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

Indien een nota betrekking heeft op een DBC aangevangen voor de einddatum van de zorgverzekering worden de betreffende kosten geacht te zijn gemaakt tijdens de looptijd van de zorgverzekering.

- lid 3 Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de aanspraak.

OVERIGE BEPALINGEN

Artikel 4 Fraude

Verlies van uitkering en einde zorgverzekering:

1. De zorgverzekeraar vordert vergoede kosten terug verbandhoudende met het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken. Dit omvat tevens gemaakte onderzoekskosten.
2. De zorgverzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.
3. De zorgverzekeraar heeft het recht een onderzoek uit te voeren, wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.

In voorkomende gevallen kan de zorgverzekeraar:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. registratie doen in de tussen zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen.

Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving

- lid 1 Indien ten behoeve van een verzekerde een zorgverzekering tot stand komt en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop de eventuele verzekeringsplicht niet (langer) bestaat.

- lid 2 De zorgverzekeraar zal de premie vanaf de dag waarop de eventuele verzekeringsplicht niet (langer) bestaat verrekenen met de vanaf dat moment verstrekte vergoedingen en het saldo aan de verzekeringnemer betalen, dan wel bij hem in rekening brengen.

Artikel 6 Betalingsverplichtingen

- lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de zorgverzekering verschuldigd.

- lid 2 Voor de zorgverzekering is geen premie verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

- lid 3 De verschuldigde premie voor de zorgverzekering is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele premiekorting.

- lid 4 De verzekeringnemer is verplicht de verschuldigde premie op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Indien bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet – tijdig – wordt betaald, is de zorgverzekeraar gerechtigd de termijn te wijzigen in een maand.

Bij wijziging van de zorgverzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie door te berekenen c.q. te restitueren.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.

- lid 5 Indien de verzekeringnemer niet -tijdig- voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen, kan de zorgverzekeraar na de (premie)vervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling van het verschuldigde. Daarbij wordt erop gewezen dat bij niet voldoening (volgens artikel 7:934 BW) binnen 14 dagen, hetzij, (1) de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de (premie)vervaldag, hetzij, (2) de verzekering wordt beëindigd. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.

Voor zover de dekking krachtens het bepaalde in de voorgaande alinea tijdelijk niet zou gelden, wordt deze pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen, tenzij sprake is van de situatie zoals bedoeld in artikel 9, lid 4 en de zorgverzekeraar daarop een beroep doet.

Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

- lid 6 In geval van overlijden van de verzekerde vindt restitutie c.q. verrekening van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

- lid 7 De rechten en plichten uit de zorgverzekering worden van rechtswege opgeschort over de periode dat verzekerde ten gevolge van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt. Zodra de detentie eindigt herleven deze rechten en plichten derhalve weer. Verzekerde is verplicht binnen 30 dagen na de beëindiging van de detentie de zorgverzekeraar hiervan op de hoogte te brengen.

Artikel 7 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

- lid 1 De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de zorgverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie, niet meer verzekerd zijn op basis van de AWBZ, het aantreden als militair in werkelijke dienst e.d.. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer of de verzekerde worden verzonden naar hun bij de Gemeentelijke Basisadministratie bekende adres.

- lid 2 Bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde wordt voor de zorgverzekering een premie berekend overeenkomend met een zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico, tenzij de verzekeringnemer of verzekerde voorafgaand aan het bereiken van de 18-jarige leeftijd aan de zorgverzekeraar kenbaar heeft gemaakt voor een vrijwillig eigen risico te kiezen.

Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1 De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en/of de premies van de bij hem lopende zorgverzekering en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere zorgverzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.
- lid 2 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat kan de zorgverzekering beëindigen, tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de zorgverzekeraar tegen de dag waarop de herziening ingaat of gedurende één maand nadat aan de verzekeringnemer mededeling van de herziening is gedaan.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

- lid 3 Heeft de zorgverzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de zorgverzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 4 Een herziening in de grondslag van de premie van de zorgverzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.
- lid 5 Een toegekende collectiviteitkorting op de zorgverzekering komt te vervallen indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekeringsovereenkomst gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van deze korting.
- lid 6 Indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekering gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van een toegekende collectiviteitkorting zal de zorgverzekering worden voortgezet op individuele condities.

Artikel 9 Begin en einde van de zorgverzekering

- lid 1 De zorgverzekering gaat in op de op het polisblad vermelde ingangsdatum. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer een latere dag. Vanaf 1 januari daarop volgend vindt van jaar tot jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
- lid 2 Indien de zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 3 Indien deze zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering is geëindigd door opzegging met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of de premie, dan zal deze zorgverzekering met terugwerkende kracht ingaan op de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- lid 4 Nadrukkelijk wordt bepaald dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de zorgverzekering te beëindigen, behoudens in een geval als bedoeld in artikel 4 van deel I van deze overeenkomst (fraude) en na het verstrijken van de in artikel 6, lid 5 genoemde termijn indien de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling van het verschuldigde.
- lid 5 De zorgverzekering eindigt met ingang op de dag volgende op de dag waarop de verzekerde is overleden.
- lid 6 De zorgverzekering eindigt automatisch op het tijdstip waarop de verzekerde niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7 Voorts eindigt de zorgverzekering indien de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren of de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voordat een zorgverzekering eindigt, van deze beëindiging op de hoogte, onder vermelding van de reden en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 8 De verzekeringnemer heeft met het aangaan van een nieuw dienstverband het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, indien de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de voormalige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van de nieuwe collectieve verzekering dient aan te sluiten op de einddatum van de voormalige collectieve verzekering. De verzekeringnemer kan de voormalige zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. Zowel de opzegging als de

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan beide in per de eerste van de kalendermaand waarin deze zijn gedaan.

- lid 9 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien die andere verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd. In afwijking hiervan gaat een opzegging in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging eerder dan de laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

Artikel 10 Geschillen

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kan hij de zorgverzekeraar verzoeken zijn beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde een geschil betreffende de zorgverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het betreffende reglement.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen:

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 030 698 83 60

E-mail: info@skgz.nl

Internet: www.skgz.nl

- lid 4 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich eveneens wenden tot de bevoegde rechter.
- lid 5 Verzekerden kunnen beklag doen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door de zorgverzekeraar gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Een uitspraak van de NZa strekt de zorgverzekeraar en de verzekerde tot bindend advies.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

Telefoon: 0900 770 70 70

E-mail: informatielijn@nza.nl

Internet: www.nza.nl

Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens

- lid 1 De bij de aanvraag van een zorgverzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om de verzekeringnemer of de verzekerde te informeren over producten en zorgdiensten van zorgverzekeraar of het verstrekken van informatie of advies. De zorgverzekeraar behoudt zich in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken en wisselt adres- en verzekeringsgegevens uit met een zorgverlener waar een verzekerde onder behandeling is. De zorgverzekeraar biedt de mogelijkheid adresgegevens af te schermen, indien er sprake is van

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

omstandigheden die redelijkerwijs leiden tot de conclusie dat afscherming geboden is. De Wet bescherming persoonsgegevens wordt bij een en ander in acht genomen.

- lid 2 De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht het burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. De zorgaanbieder, dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet, zijn wettelijk verplicht het BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met partijen die zorg als hiervoor aangegeven leveren, het BSN gebruiken.

Artikel 12 Uitsluitingen

- lid 1 Uit hoofde van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
1. eigen bijdragen krachtens de AWBZ en die in verband met bevolkingsonderzoek;
 2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
 3. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 4. alternatieve geneeswijzen;
 5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
 6. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
 7. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
 8. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
 9. de (buitengerechtigde) incasso- en aanmaningskosten bij het niet tijdig betalen van de nota('s) aan zorgverlener(s) door verzekerden;
 10. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht.

- lid 2 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de verzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan hetgeen hij ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Indien de verzekeraar zich niet op bedoelde wijze heeft herverzekerd dan is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof hij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

- lid 3 Ingeval van een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, heeft de verzekerde, in aanvulling op de in lid 2 vermelde prestaties, recht op bij nadere regeling te bepalen aanvullende prestaties, als bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ

De verzekeringnemer treedt met het sluiten van een zorgverzekering met de zorgverzekeraar toe als lid van de Vereniging ONVZ. Indien deze zorgverzekering onderdeel uitmaakt van een collectief contract geldt echter dat de betrokken contractant lid wordt. Indien men ten aanzien van meerdere zorgverzekeringen verzekeringnemer is, kan men maar eenmaal toetreden als lid. Beëindiging van de betreffende zorgverzekering heeft beëindiging van het lidmaatschap van de Vereniging tot gevolg.

Artikel 14 Materieel controleren

De zorgverzekeraar heeft het recht materiële controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat de zorgverzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

II. PRESTATIEWIJZE EN DEKKING

INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Restitutiebasis
Artikel 2	Eigen risico
Artikel 3	Preventieve zorg
Artikel 4	Zorg door een huisarts
Artikel 5	Medisch-specialistische zorg
Artikel 6	Verpleegkundige zorg
Artikel 7	Verloskundige zorg en kraamzorg
Artikel 8	Revalidatie
Artikel 9	Orgaantransplantaties
Artikel 10	Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse
Artikel 11	Mechanische beademing
Artikel 12	Oncologische aandoeningen bij kinderen
Artikel 13	Trombosedienst
Artikel 14	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering
Artikel 15	Audiologische zorg
Artikel 16	Paramedische zorg
Artikel 17	Mondzorg
Artikel 18	Farmaceutische zorg
Artikel 19	Hulpmiddelenzorg
Artikel 20	Ambulancevervoer
Artikel 21	Zittend ziekenvervoer
Artikel 22	Dyslexiezorg
Artikel 23	Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ
Artikel 24	Specialistische GGZ

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010
II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 25 **Buitenland**

Artikel 26 **Algemeen**

Artikel 1 Restitutiebasis

lid 1 De zorgverzekering omvat aanspraak op vergoeding van kosten en vrijheid van keuze van zorgverlener van de zorg en overige diensten die naar inhoud en omvang in dit deel zijn omschreven. Betreffende zorg in het buitenland is van toepassing artikel 25.

lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarief;
2. indien en voor zover er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
3. bij een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen.

lid 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde -na melding hiervan aan de zorgverzekeraar- aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Artikel 2 Eigen risico

lid 1

1. Op de zorgverzekering is een verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 165,-.
2. De verzekerde heeft de mogelijkheid (naast het verplichte eigen risico) een vrijwillig eigen risico te kiezen. De betreffende bedragen hiervan staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van deze zorgpolis.

lid 2 Het eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop de zorgverzekering aanspraak biedt. De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte eigen risico als vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten vallen zowel buiten het verplichte als het vrijwillige eigen risico indien deze betreffen:

1. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waaronder ook de kosten van inschrijving, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende zorgverlener of instelling gerechtigd is het daartoe door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) vastgestelde tarief in rekening te brengen;
2. de kosten van het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg;
3. de kosten van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals omschreven in artikel 17 lid 4 met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen.

lid 3 In de gevallen waarin, op grond van één van de volgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

lid 4 Indien de zorgverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt het eigen risico bepaald naar rato van het aantal dagen waarover de verzekering liep en het aantal dagen in het kalenderjaar.

- lid 5 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico-bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen risico-bedrag als volgt berekend:
1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 2. de op grond van sub 1. berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 3. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- lid 6 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- lid 7 Verzekerde is vanaf de eerste dag van de kalendermaand, volgend op de maand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, premieplichtig. Vanaf dat moment geldt voor verzekerde het verplichte eigen risico.

Artikel 3 Preventieve zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:
1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkómen van ziekte bij mensen die al gezondheidsklachten of hoge risicofactoren hebben;
 2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkómen van complicaties of verergeren van een ziekte;
- mits de inhoud en omvang van de zorg onder de in deze polis geregelde zorg valt.
- lid 2 a. *Begeleiding bij stoppen met roken*
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van activiteiten ter ondersteuning bij het stoppen met roken maximaal één keer per kalenderjaar aan te bieden afzonderlijk of in combinatie en voor zover u daar op bent aangewezen:
1. korte ondersteunende stopadviezen en stopgesprekken in gebruikelijk zorgcontacten door de huisarts, medisch-specialist of verloskundige. De stopadviezen en stopgesprekken worden vergoed overeenkomstig huisartsenzorg (artikel 4);
 2. intensieve vormen van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel), bestaande uit een serie van ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een tijdsbestek van één tot enkele maanden. Deze zorg dient te worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of klinisch psycholoog. De zittingen worden vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2);
 3. groepstraining Pakje Kans, uitgevoerd door een Thuiszorginstelling of GGD;
 4. farmaceutische ondersteuning met nortriptyline op voorschrift van de huisarts of specialist. Uitgesloten van de verzekerde farmaceutische zorg zijn de nicotinevervangende zelfzorgmiddelen (pleisters, tabletten en kauwgom), bupropion (Zyban®) voor de indicatie stoppen met roken en varenicline (Champix®).
- b. *Preventie van depressie*
Voor de vergoeding van kosten voor zorg ter preventie van depressie is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of medisch-specialist waaruit blijkt dat sprake is van een subklinische depressie. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor maximaal 8 zittingen van de volgende therapievormen:
- cognitieve gedragstherapie;
 - interpersoonlijke therapie;
 - problem solving therapy;
 - psycho-educatie.
- De therapie moet worden uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zittingen worden vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2).

Tevens kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van de cursus "In de put, uit de put", als deze wordt gegeven in de vorm van individuele of groepsinterventies met rechtstreeks (face-to-face) contact met de cursusbegeleider.

Geen aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor bewegingsgerichte programma's.

c. *Preventieve zorg bij overgewicht*

Aanspraak bestaat op vergoeding van de gecombineerde leefstijlinterventie na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist, waaruit blijkt dat wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

1. verzekerde heeft een BMI van 25 – 30 kg/m² én een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen), of;
2. verzekerde heeft een BMI van 25 – 30 kg/m² én hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, een risicofactor voor diabetes type 2, hetzij een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht, of;
3. verzekerde heeft een BMI ≥ 30 kg/m².

De gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij dieet: de kosten worden vergoed overeenkomstig dieetadvies (artikel 16 lid 6) of huisartsenzorg (artikel 4);
- advisering over en begeleiding bij beweging. De kosten van advisering over en begeleiding bij beweging voor verzekerden jonger dan 18 jaar door een fysiotherapeut of een oefentherapeut worden vergoed overeenkomstig 'fysiotherapie en oefentherapie' (artikel 16, lid 3). Voor verzekerden vanaf 18 jaar komen de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut niet voor vergoeding in aanmerking (wij adviseren u om na te gaan of de kosten op grond van uw aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking komen). De kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts worden (voor alle leeftijden) vergoed overeenkomstig 'huisartsenzorg' (artikel 4);
- gedragsverandering:
 - de kosten van begeleiding door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts worden vergoed overeenkomstig huisartsenzorg (artikel 4). Dit houdt in dat de coaching en begeleiding ook door een praktijkondersteuner of leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk kan worden uitgevoerd;
 - de kosten van eerstelijns psychologische zorg worden vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2).

d. *Preventie van alcoholmisbruik*

Voor vergoeding van kosten voor zorg ter preventie van alcoholmisbruik is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, verloskundige of medisch-specialist waaruit blijkt dat de verzekerde een verhoogd risico loopt op alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid.

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:

1. kortdurende motiverende gespreksvoering door een huisarts;
2. kortdurende preventieve interventies, die zijn gebaseerd op de therapeutische principes motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. De zorg wordt uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist en wordt vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2);
3. de programma's Minder drinken en De Drinktest, aangeboden door het Trimbos Instituut.

Van deze vergoedingsregeling zijn uitgesloten:

1. kosten van anonieme behandeling via internet;
2. preventieve zorg gericht op kinderen van ouders met een alcoholverslaving, voor zover het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

Artikel 4 Zorg door een huisarts

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Artikel 5 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behoudens voor onvoorziene behandelingen. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 17.

lid 2 a. *Ziekenhuisopname*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

b. *Niet-klinische medisch-specialistische zorg*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. *Behandelingen van plastisch-chirurgische aard*

Op vergoeding van kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak indien een en ander strekt ter correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeldespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

d. *In-vitrofertilisatie (IVF)*

Vergoeding van de kosten omvat ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Een IVF-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
2. de follikelpunctie;

3. de laboratoriumfase;
4. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden:

1. Een ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) - behandeling met een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie -wordt gelijk gesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
2. Voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, verband houdend met de eerste, tweede en derde poging IVF, wordt verwezen naar artikel 18, Farmaceutische zorg.
3. Van een poging wordt gesproken als er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.
4. Een doorgaande zwangerschap is te definiëren als een levende embryo van ten minste 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij IVF betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eikel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee 4 dagen korter, dat wil zeggen, in totaal 9 weken en 3 dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na een IVF – geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

1. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. liposuctie van de buik;
3. abdominoplastiek, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
4. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
5. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
7. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op de circumcisie van een verzekerde (mannelijke besnijdenis).

lid 4 Vergoeding van kosten voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is in het bovengenoemde niet begrepen, maar wordt omschreven in artikel 24.

Artikel 6 Verpleegkundige zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor verpleegkundige zorg, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. Er bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door de verzekerde vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd en is verkregen. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

De aanspraak zoals hier omschreven omvat niet verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een medisch-specialist, of een huisarts, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onderdeel van deze zorg is prenatale screening.

Prenatale screening omvat:

- i. counseling, inhoudende informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening;
- ii. structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap;
- iii. een combinatietest, bestaande uit een nekplooiemeting en een bloedonderzoek voor verzekerden van 36 jaar en ouder. Is de verzekerde jonger is dan 36 jaar, dan uitsluitend op medische indicatie van de huisarts, verloskundige, of medisch-specialist.
SEO en combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder met een vergunning krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een kraamverzorgende die zowel moeder en kind en -voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt, verbonden aan het ziekenhuis, kraamcentrum, kraamhotel of een kraambureau dan wel als zelfstandige werkt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden.

- a. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak*
Indien verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch-specialist medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis als bedoeld in artikel 5, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.
- b. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum*
Indien de bevalling of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvindt zonder medische noodzaak, of in een kraamcentrum, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als haar kind is € 15,50 vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het kraamcentrum de € 110,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.
- c. *Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis*
Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten voor kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als haar kind is € 15,50 vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het kraamcentrum de € 110,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten voor kraamzorg zoals omschreven in lid d sub 3, waarbij geldt dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub 3. genoemde termijn van ten hoogste tien dagen.
- d. *Bevalling en kraambed thuis*
Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
 1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;

2. de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de verzekeraar. Het uitgangspunt is wat het kraamcentrum dan wel het kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert.

Op de vergoeding onder sub 3. blijft € 3,90 per uur als eigen bijdrage voor rekening van de verzekerde.

- e. In plaats van vergoeding van kosten kan, onder voorbehoud van beschikbaarheid, gekozen worden voor kraamzorg in natura. De aanvraagprocedure daarvoor is omschreven in Zorgdiensten basisverzekering PNO Ziektekosten 2010.

Artikel 8 Revalidatie

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie indien:
 1. deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en,
 2. de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- b. Revalidatie kan plaatsvinden:
 1. in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
 2. in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Artikel 9 Orgaantransplantaties

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis indien de transplantatie is verricht in:
 1. een lidstaat van de Europese Unie;
 2. in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 3. of in een andere staat, indien de donor aldaar woonachtig is en de donor echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Onder de aanspraak op vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

- b. De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg waar ingevolge deel II van deze overeenkomst van deze polis aanspraak op bestaat gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel -indien medisch noodzakelijk- vervoer per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

Artikel 10 Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoren tevens:

1. de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
2. het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen benodigd voor het verrichten van de dialyse;
3. de kosten voor de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
4. de overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
6. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Het Reglement hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de punten 2, 3 en 4. Het reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op www.pnozietekosten.nl.

Artikel 11 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde van noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg, in een beademingscentrum. Indien de beademing plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

1. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
2. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 13 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts of medisch-specialist. Deze zorg omvat:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij de verzekerde;

2. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
3. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
4. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in lid 3. aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
5. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. De zorg omvat: het 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. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Artikel 15 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

1. onderzoek naar de gehoorfunctie;
2. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Artikel 16 Paramedische zorg

- lid 1 De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.
- lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een indicatiestelling en in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Als sprake is van oedeemtherapie, dan mag de behandeling ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. De genoemde bijlage is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt deze regeling vanaf de tiende behandeling.
- lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Als sprake is van oedeemtherapie, dan mag de behandeling ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

II. Prestatiewijze en dekking

- lid 4 Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal tien behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
- lid 5 Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts of orthopedagoog, door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect of anderstaligheid.
- lid 6 Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist met een medisch doel, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts gedurende maximaal vier behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 17 Mondzorg

- lid 1 Mondzorg omvat vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen plegen te bieden, waarbij geldt dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan, voor zover daarvoor dekking bestaat, worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist:
1. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
 2. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
 3. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- lid 2 Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onder de zorg in het eerste lid, onder 1 begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 3 Orthodontische zorg is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- lid 4 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3:
1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
 2. incidenteel tandheelkundig consult;
 3. het verwijderen van tandsteen;
 4. fluoridenapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
 5. sealing;
 6. parodontale zorg;
 7. anesthesie;
 8. endodontische zorg;
 9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 10. gnathologische zorg;

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

II. Prestatiewijze en dekking

11. uitneembare prothetische voorzieningen;
 12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 13. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.
- lid 5 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3 voor:
1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
 2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk verblijf in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.
- lid 7 De verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid, onder 1, of de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid, onder 2 tot gelding brengt, is een bijdrage verschuldigd indien het betreft het volgende: preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare prothetische voorzieningen. Bedoelde bijdrage is gelijk aan het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien bedoelde prestaties niet in het kader van bijzondere tandheeskunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. Dit geldt niet voor een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- lid 8 De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaakdeel.
- lid 9 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent) is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- lid 10 De verzekerde tot 22 jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
- lid 11 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van de zorg, bedoeld in het eerste, het tweede, het derde en het vierde lid, onder 12, is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij de aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een behandelplan gevoegd. De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 12 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandartspecialist mondziekten en kaakchirurg is voorafgaande

toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

lid 13 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

lid 14 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak, zoals bedoeld in lid 5, sub 2, van dit artikel, komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt het door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde tarief in aanmerking.

Voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist:

- als de totale kosten van de volledig prothetische voorziening (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan € 600,- per onder- of bovenkaak indien uitgevoerd door een tandarts;
- of € 450,- per onder- of bovenkaak, indien uitgevoerd door een tandprotheticus.

Artikel 18 Farmaceutische zorg

lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van terhandstelling van:

1. de door de zorgverzekeraar op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Een en ander is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar die onderdeel uitmaakt van deze verzekering. Het Reglement Farmaceutische zorg is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op www.pnoziektekosten.nl;
2. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - artikel 40, derde lid, onder a van de Geneesmiddelenwet,
 - artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet;
 - artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

lid 2 De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg.

lid 3 Tenzij de verzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de zorgaanbieder die geneesmiddelen aflevert, dienen de onder de lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van de behandelend (bedrijfs)arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

lid 4 De kosten van dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking voor een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:

1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of;
2. lijdt aan een voedselallergie, of;
3. lijdt aan een resorptiestoornis, of;

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

II. Prestatiewijze en dekking

4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
5. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

lid 5 In het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen.

Artikel 19 Hulpmiddelenzorg

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten, dan wel verstrekking, van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering. De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten, opgenomen. Het reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.

lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Daarbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

lid 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

lid 4 Vergoeding van de kosten van hulpmiddelen wordt alleen verleend indien de betreffende hulpmiddelen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder deze vergoeding maar maken deel uit van de medisch-specialistische zorg en worden door middel van de DBC bekostigd. Evenmin valt onder deze aanspraak de vergoeding van kosten van die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. Het gaat hier om de hulp- en verbandmiddelen die worden voorgeschreven aan een verzekerde die verblijf en behandeling geleverd krijgt in diezelfde AWBZ-instelling. Deze hulp- en verbandmiddelen zijn noodzakelijk voor de zorg die in de instelling wordt verleend.

lid 7 In afwijking van het in lid 1 bepaalde verstrekt de zorgverzekeraar bepaalde hulpmiddelen in bruikleen. Welke hulpmiddelen dit zijn en welke voorwaarden hiervoor gelden, is bepaald in het Reglement Hulpmiddelen.

Artikel 20 Ambulancevervoer

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk vervoer per ambulanceauto als het vervoer wordt verleend door een ambulancevervoerder en alleen als ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is. De aanspraak op vergoeding van de kosten geldt voor een afstand tot maximaal 200 kilometer. Deze beperking geldt niet als de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor vervoer over een grotere afstand.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

II. Prestatiewijze en dekking

- lid 2 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het ziekenvervoer per ambulance:
- naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen, met inachtneming van het verplicht en een eventueel vrijwillig eigen risico;
 - naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
 - vanuit een instelling waar de verzekerde verblijft naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin de verzekerde een onderzoek of een behandeling zal ondergaan. Dit onderzoek of deze behandeling moet geheel of gedeeltelijk vanuit de AWBZ vergoed worden;
 - vanuit een instelling waar de verzekerde verblijft naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet geheel of gedeeltelijk vanuit de AWBZ worden verstrekt;
 - van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen.
- lid 3 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
- lid 4 Indien ziekenvervoer per ambulanceauto als bedoeld in dit artikel niet mogelijk is kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 21 Zittend ziekenvervoer

- lid 1 Onder zittend ziekenvervoer wordt verstaan vervoer per openbaar middel van vervoer, per taxivervoerder of eigen auto.
- lid 2 Aanspraak op vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer bestaat alleen indien vooraf toestemming is verkregen van de zorgverzekeraar en tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Alleen vervoer in de laagste klasse komt in aanmerking voor vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van een openbaar middel van vervoer.
- De beperking van 200 kilometer enkele reisafstand geldt niet indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, waardoor de 200 kilometer reisafstand wordt overschreden.
- De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- lid 3 Ingeval van gebruik van de eigen auto krijgt de verzekerde € 0,25 per kilometer vergoed. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van het te vergoeden bedrag uit van de kortst gebruikelijke route.
- lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in lid 2 van artikel 20 indien:
- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
 - de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
- lid 5 Buiten de situaties genoemd in lid 4 van dit artikel, kan de verzekerde aanspraak op vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer maken indien hij voor de behandeling van een langdurende ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer én het niet vergoeden van de kosten van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

II. Prestatiewijze en dekking

- lid 6 Voor zittend ziekenvervoer betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 91,- per kalenderjaar.
- lid 7 Het zittend ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 8 In plaats van vergoeding van kosten kan ervoor worden gekozen het taxivervoer te laten regelen door een door de zorgverzekeraar gecontracteerd taxibedrijf. De aanvraagprocedure daarvoor in omschreven in Zorgdiensten basisverzekering PNO Ziektekosten 2010.
- lid 9 Indien ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi, of eigen auto als bedoeld in dit artikel niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 22 Dyslexiezorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie. Aanspraak bestaat uitsluitend:
1. voor verzekerden van 7 jaar en ouder die basisonderwijs volgen;
 2. als de zorg op 7-, 8- of 9- jarige leeftijd aanvangt;
 3. als de zorg wordt uitgevoerd door het Regionaal Instituut Dyslexie (RID) of een GZ-psycholoog of orthopedagoog die staat ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde behandelaars van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), én;
 4. als diagnostiek wordt uitgevoerd en/of behandeling worden verleend conform de criteria van het Protocol dyslexie diagnose en behandeling. Dit Protocol is op aanvraag verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar of is te raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.
- lid 2 Voor de aanspraak op vergoeding van kosten van dyslexiezorg is een verwijzing nodig van de jeugdgezondheidsarts of door een daartoe bevoegd functionaris met bijbehorende expertise verbonden aan school. Deze verwijzing moet voorzien zijn van een motivatie waaruit blijkt dat de school- of leeranamnese een stagnatie vertoont en extra begeleiding op school hierin onvoldoende verbetering heeft opgeleverd.
- lid 3 De kosten voor dyslexiezorg worden in rekening gebracht door middel van een DBC-tarief.

Artikel 23 Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.
- lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar omvat.
- Voor eerstelijns psychologische zorg is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting. De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder. Deze eigen bijdrage komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- lid 3
1. Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg;
 2. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere

behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 24 Specialistische GGZ

lid 1 *Psychiatrische ziekenhuisopname*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

lid 2 *Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van niet-klinische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 3 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 23.

- lid 4
1. Voor de in lid 1 en 2 omschreven aanspraken is een verwijzing nodig door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
 2. Voor psychoanalytische behandeling moet de verzekerde tevens:
 - beschikken over een positieve indicatie gesteld conform het 'Indicatie- en behandelingsprotocol voor volwassenen' van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI), of;
 - dient de indicatiestelling en behandeling te verlopen volgens het protocol voor indicatiestelling, psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie van het Centrum voor Psychoanalyse van de Nederlandse Psychoanalytische Groep (NPAG).
 3. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 25 Buitenland

lid 1 De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg, als bedoeld in artikel 1 lid 2 van deel II van deze overeenkomst, van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland heeft naar keuze:

1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag;
2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze zorgpolis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

lid 3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een zorgverlener of zorginstelling conform het

OVEREENKOMST BASISVERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

II. Prestatiewijze en dekking

bepaalde dat elders in deze zorgpolis is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

- lid 4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- lid 5 In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval kan de verzekerde contact opnemen met de PNO Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor is omschreven in Zorgdiensten basisverzekering PNO Ziektekosten 2010.
- lid 6 Gedecclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

Artikel 26 Algemeen

- lid 1 In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering indien vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2 Indien op grond van de bepalingen in deze zorgverzekering recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten geldt dat slechts indien zorg is genoten tijdens de periode waarin deze zorgverzekering van kracht is.
- lid 3 Bij verzekering krachtens de Zorgverzekeringswet bestaat aanspraak op grond van de AWBZ.

III. Zorgdiensten PNO Ziektekosten

PNO Zorgdiensten: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van PNO Ziektekosten. Dat houdt in dat PNO Ziektekosten meer doet dan het uitbetalen van nota's. Verzekerden kunnen bij PNO Ziektekosten terecht voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg.

Verzekerden van PNO Ziektekosten kunnen voor informatie en het aanvragen van onderstaande zorgdiensten contact opnemen met de PNO Ziektekosten op het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Verzekerden kunnen via de PNO Zorgdiensten:

- telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

Bijstand PNO Ziektekosten Zorgassistance

Indien een beroep wordt gedaan op de PNO Zorgassistance dient het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgegeven te worden. Voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met de PNO Zorgassistance. De PNO Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer 0031 (0)88 668 97 71.

Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met PNO Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten, regelt PNO Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. PNO Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 70.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer die wordt beschreven in artikel 21 van de Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten. Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat PNO Ziektekosten een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Wachtlijstbemiddeling

Op verzoek van verzekerde en indien medisch geïndiceerd, onderneemt PNO Ziektekosten bemiddelende activiteiten om de wachttijd te verkorten.

OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

INHOUDSOPGAVE

I. Algemeen gedeelte	2
II. Prestatiewijze en dekking	10

I. ALGEMEEN GEDEELTE

INHOUDSOPGAVE

- BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	Artikel 1
- GRONDSLAG VAN DE ZORGVERZEKERING	Artikel 2
- OVERIGE BEPALINGEN	Artikel 3 Begin van de verzekering
	Artikel 4 Beëindiging door verzekeringnemer
	Artikel 5A Beëindiging van rechtswege
	Artikel 5B Beëindiging door de verzekeraar
	Artikel 6 Premie
	Artikel 7 Herziening van premie of voorwaarden
	Artikel 8 Hulp buiten Nederland
	Artikel 9 Verplichtingen van de verzekerde
	Artikel 10 Onwaarachtige weergave van feiten
	Artikel 11 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
	Artikel 12 Privacybescherming
	Artikel 12A Rechten van de verzekerde
	Artikel 12B Kwetsbare groepen
	Artikel 13 Materieel controleren en fraudeonderzoek
	Artikel 14 Overige voorwaarden
	Artikel 15 Klachten en geschillen
	Artikel 16 Formulierenloket NZa

OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1 *Verzekeraar*

Verzekeraar is ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Op deze overeenkomst zijn de begripsomschrijvingen als genoemd in de door de zorgverzekeraar vastgestelde Overeenkomst tot basisverzekering (zorgpolis) als bedoeld in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet van overeenkomstige toepassing.

GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Artikel 2

lid 1 Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:

- het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier;
- eventuele gegevens die door de verzekeringnemer of verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt.

lid 2 De overeenkomst van aanvullende verzekering gesloten tussen verzekeringnemer en de verzekeraar geeft recht op het bij deze overeenkomst bepaalde pakket van verstrekkingen of vergoedingen, zoals is vastgelegd op het polisblad. Het polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer

lid 3 Deze overeenkomst van verzekering kan worden gesloten met de verzekeringnemer en ten behoeve van verzekerden woonachtig in Nederland en het buitenland

lid 4 Deze verzekering is een zogenaamde excedent- of aanvullende verzekering. Dit houdt in dat als voorwaarde voor een vergoeding krachtens deze verzekering geldt dat de verzekerde rechten kan ontlenen aan een in artikel 1 bedoelde overeenkomst tot basisverzekering. Met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden inzake de omvang van de dekking, beperkingen, uitsluitingen en eventuele overige bepalingen geldt dat de verzekering uitsluitend dekking biedt indien en voor zover deze kosten volgens de voorwaarden van de in artikel 1 bedoelde overeenkomst tot basisverzekering niet zijn gedekt.

OVERIGE BEPALINGEN

Artikel 3 **Begin van de verzekering**

lid 1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld en wordt aangegaan voor de duur van één kalenderjaar. De ingangsdatum is 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.

lid 2 Indien de verzekeringnemer gelijktijdig met het verzoek, bedoeld in het eerste lid, een overeenkomst basisverzekering bij de zorgverzekeraar afsluit, geldt als ingangsdatum van deze verzekering de datum waarop de overeenkomst basisverzekering ingaat.

lid 3 In afwijking van het eerste lid van dit artikel, geldt voor de verzekerde die ten gevolge van het bereiken van de 22-jarige leeftijd een aanvullende tandartsverzekering wil afsluiten, als ingangsdatum van deze verzekering de dag volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek

tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.

Artikel 4 Beëindiging door de verzekeringnemer

- lid 1 De verzekeringnemer kan de overeenkomst uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de overeenkomst niet opzegt, vindt voortzetting van de verzekering plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- lid 2 De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude overeenkomst van aanvullende verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

Artikel 5A Beëindiging van rechtswege

- lid 1 De overeenkomst eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - de verzekerde niet lang verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet, tenzij de overeenkomst op verzoek van de verzekeringnemer wordt voortgezet en de verzekeraar hiermee instemt;
 - de verzekerde overlijdt. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
- lid 2 De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn verzekeraar de ten behoeve van hem gesloten verzekering aanbiedt of uitvoert.
- lid 3 De verzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 4 De verzekeringnemer stelt de verzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel b en c, dan wel het tweede lid tot het einde van de overeenkomst hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 5 Indien de verzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de overeenkomst zal eindigen of is geëindigd, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

Artikel 5B Beëindiging door de verzekeraar

- lid 1 De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen, indien door of namens de verzekeringsnemer en/of de verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, bedoeld in artikel 10 van deze overeenkomst.
- lid 2 De beëindiging, bedoeld in het eerste lid, kan ingaan per datum dat door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven en/of

OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

vervalste of misleidende stukken zijn overlegd.

- lid 3 De verzekeraar heeft het recht de verzekeringsovereenkomst te beëindigen na het verstrijken van de in artikel 6, lid 5, genoemde termijn indien de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling van het verschuldigde.

Artikel 6 Premie

- lid 1 Krachtens deze overeenkomst is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eventuele collectiviteitskorting (zie het polisblad). De collectiviteitskorting wordt direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.
- lid 4 Premiebetaling
- i. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regeling of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen, c.q. te restitueren.
 - ii. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening, c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- lid 5 Indien de verzekeringnemer niet -tijdig- voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen, kan de verzekeraar na de (premie)vervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling van het verschuldigde. Daarbij wordt erop gewezen dat bij niet voldoening (volgens artikel 7:934 BW) binnen 14 dagen, hetzij, (1) de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de premievervaldag, hetzij, (2) de verzekering wordt beëindigd. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.

Voor zover de dekking krachtens het bepaalde in de voorgaande alinea tijdelijk niet zou gelden, wordt deze pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen, tenzij sprake is van de situatie zoals bedoeld in artikel 5B, lid 3, en de verzekeraar zich daarop beroept.

Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 7 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en/of de premies van de bij hem lopende verzekering en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.
- lid 2 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat kan de verzekering beëindigen, tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de verzekeraar met ingang van de dag waarop de herziening ingaat en in ieder geval gedurende 30 dagen nadat hem het voornemen tot herziening door de verzekeraar is medegedeeld.

OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

- lid 3 Heeft de verzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 4 Een herziening in de grondslag van de premie van de verzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Artikel 8 Hulp buiten Nederland

De kosten van het inroepen van in deze overeenkomst bedoelde zorg in een ander land dan het woonland worden uitsluiten vergoed:

- indien en voor zover dit in het in artikel 1, eerste lid, van deel II. Prestatiewijze en dekking, bedoelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen uitdrukkelijk is bepaald, dan wel;
- bij gebreke van een in het voorgaande bedoelde uitdrukkelijke bepaling: indien de verzekeraar hiertoe vooraf toestemming heeft verleend.

Artikel 9 Verplichtingen van de verzekerde

- lid 1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:
1. zich bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
 3. aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of degene die met de controle is belast, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;
 4. de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 5. binnen 30 dagen aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van detentie.
- lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de verzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Voor de administratieve afhandeling is het echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen openstaande eigen risico bedragen en/of geldende eigen bijdragen.
- De nota moet zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Indien de nota in een andere dan bovengenoemde talen is opgesteld kan de verzekeraar verzoeken om vertaling, eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau. De kosten daarvan zijn voor rekening van de verzekerde.
- Indien een nota betrekking heeft op een DBC aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de betreffende kosten geacht te zijn gemaakt tijdens de looptijd van de verzekering.
- lid 3 Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de aanspraak.

Artikel 10 Onwaarachtige weergave van feiten

- lid 1 Indien bij het aangaan van de aanvullende verzekering bij kennis van de ware stand van zaken door de verzekeraar een aanvullende verzekering met minder dekking zou zijn aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld aan de hand van deze dekking. Indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is tevens het geval indien is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

- lid 2 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt indien door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan.
- lid 3 De verzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Tevens kan de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst beëindigen in geval van het niet nakomen van de mededelingsplicht indien de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten.
- lid 4 De verzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken, bij verzekeringnemer terug. Dit omvat tevens gemaakte onderzoekskosten.
- lid 5 In voorkomende gevallen kan de verzekeraar:
- aangifte doen bij de politie;
 - registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

Artikel 11 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Artikel 12 Privacybescherming

- lid 1 De verzekeraar verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen van de verzekeraar. Deze uitoefening in het kader van de bedrijfsdoelstellingen van de verzekeraar bestaat uit:
- het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan, de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de verwerkingen van persoonsgegevens in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Ten slotte vallen hieronder het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals declaraties of tussentijdse beëindiging. Ook valt hieronder het ter beschikking stellen van naam en adresgegevens van verzekerde(n) door de verzekeraar aan derden ten behoeve van de controle op verzekeringsgerechtigdheid en/of voor de declaratieverwerking relevante informatie;
 - het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van managementinformatie, producten dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
 - het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
 - het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming en ter afhandeling van fraude, waaronder het verstrekken van informatie over declaraties en tussentijdse beëindiging binnen de branche en gerechtelijke instanties;
 - het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
 - het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het tot stand brengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie met klanten, precontractuele klanten en prospects.

De omgang met de persoonsgegevens van verzekerden is nader uitgewerkt in het privacy statement van de verzekeraar dat desgewenst wordt toegestuurd. Het privacy statement is tevens te raadplegen via www.pnozietekosten.nl.

OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

- lid 2 In veel gevallen heeft de verzekeraar gegevens betreffende de gezondheid van verzekerde nodig. Deze worden extra zorgvuldig verwerkt

Artikel 12A Rechten van de verzekerde

- lid 1 De verzekerde kan bij de verzekeraar onder bijsluiting van een kopie van een geldig legitimatiebewijs een schriftelijk verzoek tot inzage in zijn persoonlijke gegevens indienen. De verzekeraar verstrekt binnen 4 weken aan de verzekerde een overzicht van de door de verzekeraar verwerkte persoonsgegevens. De verzekeraar kan voor de verstrekking van het hiervoor bedoelde overzicht een vergoeding van kosten verlangen die ten hoogste € 10 bedraagt.
- lid 2 Indien het in het eerste lid bedoelde overzicht feitelijke onjuistheden bevat, de persoonsgegevens voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt, kan de verzekerde de verzekeraar schriftelijk verzoeken de gegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen of af te schermen. Het verzoek van de verzekerde bevat de aan te brengen wijzigingen. De verzekeraar bericht de verzekerde binnen 4 weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk in hoeverre hij daaraan voldoet. Een weigering is met redenen omkleed.
- lid 3 De verzekerde kan de verzekeraar schriftelijk op de hoogte stellen indien hij niet benaderd wil worden met informatie over producten of diensten van de verzekeraar.
- lid 4 Indien persoonsgegevens het voorwerp zijn van verwerking op grond van artikel 8, onder e en f, van de Wet Bescherming Persoonsgegevens, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde verzet aantekenen in verband met zijn bijzondere persoonlijke omstandigheden. De verzekeraar beoordeelt binnen vier weken na ontvangst van het verzet of het verzet gerechtvaardigd is. Indien het verzet gerechtvaardigd is, beëindigt de verzekeraar terstond de verwerking.
- lid 5 Indien gegevens worden verwerkt in verband met de totstandbrenging of de instandhouding van een directe relatie tussen de verzekeraar of een derde en de verzekerde met het oog op werving voor commerciële of charitatieve doelen, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde kosteloos verzet aantekenen. In geval van verzet treft de verzekeraar de maatregelen om deze vorm van verwerking terstond te beëindigen.
- lid 6 De verzekerde kan bij de verzekeraar een klacht indienen over de verwerking van de persoonsgegevens. Een dergelijke klacht dient te worden gericht aan de Afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar.

Artikel 12B Kwetsbare groepen

- lid 1 De verzekeraar treft op verzoek van de verzekerde die is c.q. wordt opgenomen in een instelling voor opvang, extra (beveiligings)maatregelen, waaronder het afschermen van zijn NAW-gegevens, ter voorkoming van ongewenste tracering door degene(n) tegen wie ze bescherming behoeven.
- lid 2 De verzekerde die een vergelijkbaar risico loopt als de verzekerde die in een opvangtehuis wordt opgevangen, kan bij de verzekeraar een verzoek indienen tot dezelfde behandeling als in lid 1 van dit artikel beschreven, ter voorkoming van ongewenste tracering via de verzekeraar. De verzekeraar beoordeelt of van een vergelijkbaar risico sprake is.
- lid 3 De verzekerde dient de verzekeraar te melden wanneer er geen sprake meer is van in het eerste en tweede lid bedoelde bedreigende omstandigheden. De verzekeraar zal niet zonder nadere informatie of verzoek van de verzekerde de extra maatregelen beëindigen. De verzekeraar kan hierbij het initiatief nemen om nadere informatie in te winnen. De verzekeraar stelt de verzekerde in kennis dat de extra maatregelen worden beëindigd.

Artikel 13 Materieel controleren en fraudeonderzoek

- lid 1 De verzekeraar heeft het recht materiële controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat de verzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
- lid 2 De verzekeraar heeft het recht een fraudeonderzoek uit te voeren, wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 3 Materiële controle en fraudeonderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de basisverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Artikel 14 Overige voorwaarden

- lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de overeenkomst omschreven:
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze overeenkomst, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse, te weten de laagste klasse (klasse III):
Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.
- lid 3 Begin en einde van de vergoeding:
Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze overeenkomst recht op vergoeding van gemaakte kosten bestaat, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

Artikel 15 Klachten en geschillen

- lid 1 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de verzekeraar genomen beslissing in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst of een klacht heeft met betrekking tot de wijze van behandeling, bejegening of andere vorm van dienstverlening of het nalaten van enige vorm van dienstverlening door de verzekeraar, kan hij zich in eerste instantie voor een toelichting richten tot het Servicecenter van de verzekeraar, telefoonnummer (030) 639 62 62.
- lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde niet eens is met de klachtenafhandeling of een door de verzekeraar genomen beslissing, kan hij de verzekeraar schriftelijk verzoeken de reactie op de klacht of de beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar. Hierbij dient in ieder geval te worden vermeld: de naam en het adres van de verzekeringsnemer of verzekerde, een omschrijving van het geschil of de klacht en de argumenten op grond waarvan de verzekeringsnemer of verzekerde verzoekt om heroverweging van de beslissing.
- lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de verzekeraar wordt gereageerd, dan wel de verzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil betreffende de verzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het betreffende reglement.

OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

I. Algemeen gedeelte

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen:

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 030 698 83 60

E-mail: info@skgz.nl

Internet: www.skgz.nl

- lid 4 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de verzekeraar wordt gereageerd, dan wel de verzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich met het geschil betreffende de verzekering eveneens wenden tot de bevoegde rechter.

Artikel 16 Formulierenloket NZa

Consumenten, zorgaanbieders en verzekeraars kunnen klachten indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door PNO Ziektekosten gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. De NZa geeft een bindend advies ten aanzien van de klacht.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

Telefoon: 0900 770 70 70

E-mail: informatielijn@nza.nl

Internet: www.nza.nl

OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2010

II. PRESTATIEWIJZE EN DEKKING

INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Prestatiewijze en dekking
Artikel 2	Pakketwijziging
Artikel 3	Uitsluitingen
Artikel 4	Toepasselijk recht

Artikel 1 Prestatiewijze en dekking

- lid 1 De verzekeraar vergoedt de kosten van verstrekkingen of vergoedingen, zoals aangegeven in het door de verzekeraar vastgestelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen dat onderdeel vormt van deze overeenkomst, met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, van deze Overeenkomst aanvullende verzekering PNO Ziektekosten.
- lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
1. het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief;
 2. indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
- lid 3 Desgevraagd heeft verzekerde recht op activiteiten gericht op het verkrijgen van de benodigde zorg (zorgbemiddeling).
Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de verzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- lid 4 Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens deze overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

Artikel 2 Pakketwijziging

- lid 1 De verzekeringnemer heeft de gelegenheid om het in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, bedoelde pakket van verstrekkingen of vergoedingen te wijzigen met ingang 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop het verzoek tot wijziging door de verzekeraar is ontvangen.
- lid 2 Het in het eerste lid bedoelde verzoek tot omzetting dient uiterlijk 30 dagen na ontvangst van de voor het komende kalenderjaar geldende dekkings- en polisvoorwaarden door de verzekeraar te zijn ontvangen.
- lid 3 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in het eerste lid, is er terzake van de in het voorgaande kalenderjaar geldende termijnen van aanspraken op grond van de onder het eerste lid bedoelde pakketten sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen pakketwijziging had plaatsgevonden. Een vóór het moment van pakketwijziging afgegeven machtiging blijft ná deze wijziging geldig, met dien verstande dat bij een pakketwijziging de binnen de op de machtiging vermelde termijn gedane vergoedingen van kosten naar rato wordt meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding van kosten in het kader van het nieuwe afgesloten pakket van verstrekkingen en vergoedingen, als bedoeld in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, van deze overeenkomst

Artikel 3 Uitsluitingen

- Tenzij expliciet anders is bepaald, bestaat onder deze overeenkomst aanvullende verzekering geen aanspraak op de vergoeding van kosten van:
- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
 - bevolkingsonderzoek in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
 - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bij voorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en/of vaccinaties;
 - het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - alternatieve geneeswijzen;

II. Prestatiewijze en dekking

- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- niet nagekomen afspraken;
- schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. hoger zal zijn dan het door de maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit Zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

Artikel 4 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.