

# **Overeenkomst buitenlandverzekering PNO Ziektekosten 2009**

## **INHOUDSOPGAVE**

### **I Algemeen gedeelte**

Artikel 1.	Begripsomschrijvingen
Artikel 2.	Grondslag van de verzekering
Artikel 3.	Begin van de verzekering
Artikel 4.	Beëindiging door de verzekeringnemer
Artikel 5A.	Beëindiging van rechtswege
Artikel 5B.	Beëindiging door de zorgverzekeraar
Artikel 6.	Premie
Artikel 7.	Herziening van de premie
Artikel 8.	Hulp buiten woonland
Artikel 9.	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde
Artikel 10.	Onwaarachtige weergave van feiten
Artikel 11.	Kennisgeving relevante gebeurtenissen
Artikel 12.	Privacybescherming
Artikel 12A.	Rechten van de verzekerden
Artikel 12B.	Kwetsbare groepen
Artikel 13.	Materiële controle
Artikel 14.	Overige voorwaarden
Artikel 15.	Klachten- en geschillencommissie
Artikel 15A.	Klachtenregeling
Artikel 15B.	Geschillenregeling
Artikel 16.	Formulierenloket NZa

### **II Prestatiewijze en dekking**

Artikel 17.	Prestatiewijze en dekking
Artikel 18.	Hulp door een huisarts
Artikel 19.	Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)
Artikel 20.	Verloskundige zorg en kraamzorg
Artikel 21.	Prenatale screening
Artikel 22.	Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ
Artikel 23.	Specialistische GGZ
Artikel 24.	Persoonsgebonden budget
Artikel 25.	Revalidatie
Artikel 26.	Orgaantransplantaties
Artikel 27.	Niet-klinische dialyse en peritoneaaldialyse
Artikel 28.	Mechanische beademing
Artikel 29.	Oncologische aandoeningen bij kinderen
Artikel 30.	Dyslexiezorg
Artikel 31.	Trombosedienst
Artikel 32.	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering
Artikel 33.	Audiologische zorg
Artikel 34.	Paramedische zorg
Artikel 35.	Mondzorg
Artikel 36.	Farmaceutische zorg
Artikel 37.	Hulpmiddelenzorg
Artikel 38.	Thuiszorg
Artikel 39.	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer
Artikel 40.	Alternatieve geneeswijzen
Artikel 41.	Preventieve zorg
Artikel 42.	Vormen van therapie
Artikel 43.	Diversen
Artikel 44.	Uitsluitingen
Artikel 45.	Toepasselijk recht

## **I. ALGEMEEN GEDEELTE**

### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Apotheker:	Een apotheker die als zodanig staat ingeschreven en/of geregistreerd staat bij de bevoegde instanties.
Apotheekhoudende huisarts:	Een huisarts die bevoegd is om geneesmiddelen ter hand te stellen.
Alarmcentrale:	De door de zorgverzekeraar aangewezen alarmcentrale.
Bekkentherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig en tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals bekkentherapeuten die in Nederland plegen te bieden.
Bedrijfsarts:	Een arts die als zodanig is ingeschreven en/of geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.
Bestuur:	Het bestuur van de zorgverzekeraar.
Centrum voor bijzondere tandheelkunde:	Een universitair of daarmee door de zorgverzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de tandheelkundige behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
Centrum voor erfelijkheidsadvies:	Een instelling die bevoegd is tot toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
Counseling:	Advisering waarin informatie door een huisarts, medisch-specialist of verloskundige wordt gegeven omtrent inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen of de verzekerde al dan niet deze screening wil ondergaan. Het gaat hierbij met name om het structureel echoscopisch onderzoek en om de combinatietest.
Dagbehandeling:	Opname korter dan 24 uur.
Directie:	De directie van de zorgverzekeraar.
Diëtist:	Een diëtist, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals diëtisten die in Nederland plegen te bieden.
Eerstelijnspsycholoog:	Een gezondheidszorgpsycholoog, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals eerstelijnspsychologen die in Nederland plegen te bieden.
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.
EU- en EER-land:	Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: 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 ter hand stelling van geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde nadere reglement.
Fysiotherapeut:	Een praktiserend fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals fysiotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.
Geneesmiddelen:	Middelen die als geneesmiddel verhandeld mogen worden en die uitsluitend op voorschrift van een huisarts of specialist worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.
Gezondheidszorgpsycholoog:	Een gezondheidspsycholoog, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals gezondheidszorgpsychologen die in Nederland plegen te bieden.
GGZ:	Geestelijke Gezondheidszorg.
GGZ-instelling:	Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten.
Huisarts:	Een arts, die door de bevoegde instanties als (huis)arts is erkend en de zorg biedt zoals huisartsen die in Nederland plegen te bieden.
Hulpmiddelenzorg:	De voorziening in de behoefte aan hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
In-vitrofertilisatiepoging:	Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende: <ul style="list-style-type: none"><li>- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;</li><li>- het afnemen van de eicellen;</li><li>- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;</li></ul>

- het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Jeugdgezondheidszorgarts:	De arts, die als zodanig werkzaam is en de zorg biedt zoals jeugdgezondheidszorgartsen die in Nederland plegen te bieden.
Kaakchirurg:	Een tandartspecialist, die als zodanig is ingeschreven en/of geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals kaakchirurgen die in Nederland plegen te bieden.
Kinderfysiotherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat en de zorg biedt zoals kinderfysiotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.
Kinder- en Jeugdpsycholoog:	Een psycholoog, die als zodanig geregistreerd staat en de zorg biedt zoals kinder- en jeugdpsychologen die in Nederland plegen te bieden.
Klachten- en geschillencommissie:	De klachten- en geschillencommissie van de zorgverzekeraar.
Klinisch psycholoog:	Een gezondheidszorgpsycholoog, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals klinisch psychologen die in Nederland plegen te bieden..
Kraamcentrum:	Een instelling die als zodanig door de bevoegde instanties is erkend.
Ledenraad:	De ledenraad van de zorgverzekeraar.
Logopedist:	Een praktiserend logopedist, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals logopedisten die in Nederland plegen te bieden.
Manueel therapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig en tevens als manueel therapeut geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals manueel therapeuten die in Nederland plegen te bieden.
Medisch adviseur:	De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
Medisch-specialist:	Een arts, die van overheidswege als specialist erkend wordt, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.
Medische noodzaak:	De noodzakelijkheid die berust op algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.
Mondhygiënist:	Een vrijgevestigd mondhygiënist die als zodanig is opgeleid en geregistreerd staat bij de bevoegde instanties.
Oedeemtherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig en tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals oedeemtherapeuten die in Nederland plegen te bieden.
Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck:	Een praktiserend oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals oefentherapeuten die in Nederland plegen te bieden.
Opname:	Verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis (of revalidatie-instelling), indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist noodzakelijk zijn.
Orthodontist:	Een tandartspecialist, die is ingeschreven en/of geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals orthodontisten die in Nederland plegen te bieden.
Psychiater/zenuwarts:	Een arts, die als zodanig is ingeschreven en geregistreerd bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals psychiaters/zenuwartsen die in Nederland plegen te bieden. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.
Psychotherapeut:	Een psychotherapeut die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties en de zorg biedt zoals psychotherapeuten die in Nederland plegen te bieden.
(Klinische) Revalidatie:	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een door bevoegde instanties erkende instelling voor revalidatie.
Revalidatiedagbehandeling:	Als omschreven bij revalidatie, maar dan behandeling voor een dag of een gedeelte van een dag.
Specialistische GGZ:	Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.
Tandarts:	Een arts, die door bevoegde instanties als tandarts is erkend en de zorg biedt zoals tandartsen die in Nederland plegen te bieden.
Tandprotheticus:	Een tandprotheticus, die als zodanig is opgeleid en als zodanig door de bevoegde instanties erkend.
Verblijf:	Opname met een duur van 24 uur of langer.
Verdragsland:	Elke staat waarmee Nederland een verdrag betreffende 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 door bevoegde instanties als zodanig is erkend en de zorg biedt zoals verloskundigen die in Nederland plegen te bieden.

Verzekerde:	Diegene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg en diensten door deze verzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad is vermeld.
Verzekeringnemer:	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.
Zelfstandig behandelcentrum:	Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig is toegelaten.
Ziekenhuis:	Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde instanties is erkend en de zorg biedt zoals ziekenhuizen die in Nederland plegen te bieden.
Ziekenvervoer:	Medisch noodzakelijk vervoer over de weg per ambulance van een patiënt, die op medische gronden niet in staat kan worden geacht zelfstandig te reizen, naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of plaats van behandeling, waarvan de kosten onder deze verzekering gedekt zijn.
Zorgverzekeraar:	PNO Onderlinge Ziektekostenverzekeringmaatschappij U.A., gevestigd te Hilversum, verder te noemen de zorgverzekeraar.

## Artikel 2 Grondslag van de verzekering

- lid 1 Deze verzekering kan uitsluitend worden gesloten indien de verzekeringnemer c.q. verzekerde:
- geen verzekeringsplicht heeft op grond van de Zorgverzekeringswet en niet op grond van verdragsbepalingen aanspraak kan maken op medische zorg ten laste van Nederland; én
  - voorafgaand aan de datum van verzekeren krachtens deze verzekering, uit hoofde van een collectief contract dan wel tenminste vijf jaren onafgebroken bij de zorgverzekeraar verzekerd is geweest; én:
  - voor deze verzekering door de zorgverzekeraar als verzekerde is geaccepteerd.
- lid 2 Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of de verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de verzekeringsovereenkomst één geheel uit te maken.
- lid 3 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- lid 4 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- lid 5 De verzekering is van kracht in het op het polisblad aangegeven woonland van verzekerde(n). Tevens is de verzekering van kracht gedurende reizen in landen buiten het woonland en tijdens het tijdelijk verblijf in Nederland.

## Artikel 3 Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop de zorgverzekeraar 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 stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- lid 2 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de overeenkomst opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de overeenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. In ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen de tijd na de dag waarop de wijziging hem is medegedeeld.

- lid 3 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 zorgverzekering 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.
- lid 4 Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst als bedoeld in artikel 6 lid 4. Het bovenstaande lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

#### Artikel 5A Beëindiging van rechtswege

- lid 1 De overeenkomst eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- de zorgverzekeraar ten gevolg van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
  - de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
- lid 2 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag waarop de verzekerde ten gevolge van verhuizing komt te wonen in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer zo spoedig mogelijk voordat een overeenkomst 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 zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel b, dan wel het tweede lid tot het einde van de overeenkomst hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 5 Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de overeenkomst zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

#### Artikel 5B Beëindiging door de zorgverzekeraar

- lid 1 De zorgverzekeraar heeft het recht de zorgverzekering te beëindigen, indien door of namens de verzekeringnemer 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 verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd.
- lid 3 De zorgverzekeraar heeft het recht de verzekeringsovereenkomst te beëindigen wegens het niet (of niet-tijdig) betalen van de premie. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar uitsluitend na schorsing als bedoeld in artikel 6 lid 4 van deze overeenkomst de verzekeringsovereenkomst kan beëindigen. Aan beëindiging van de overeenkomst wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

#### Artikel 6 Premie

- lid 1 Krachtens de 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 Premiebetaling
- De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

- b. 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 4 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de zorgverzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop alle verschuldigde bedragen en kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.

#### Artikel 7 Herziening van de premie

lid 1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

lid 2 De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende 30 dagen nadat hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie door de zorgverzekeraar is medegedeeld.

#### Artikel 8 Hulp buiten woonland

lid 1 De kosten voor het invoeren van in deze overeenkomst bedoelde zorg in een ander land dan het woonland worden uitsluitend vergoed:

- indien en voor zover dit in de artikel 17 (Prestatiewijze en dekking) van deze overeenkomst uitdrukkelijk is bepaald dan wel,
- bij gebreke van een in het voorgaande bedoelde uitdrukkelijke bepaling: indien de zorgverzekeraar hiertoe vooraf toestemming heeft verleend.

lid 2 In de gevallen bedoeld in eerste lid vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in artikel 17 bedoelde vergoeding.

#### Artikel 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

lid 1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht om:

- in geval van ziekenhuisopname de zorgverzekeraar zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is hiervan in kennis te stellen;
- de behandelend huisarts, medisch-specialist of tandarts-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, indien deze daarom vraagt;
- aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of anderen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;
- de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een mogelijk aansprakelijke derde;
- binnen één maand na aanvang van de detentie aan de zorgverzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is.

lid 2 Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 1 genoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

lid 3 In voorkomende gevallen dient de verzekerde de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden 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. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener/zorgaanbieder gewaarmerkt/geparafeerd te zijn.

In het geval dat de behandeling in Nederland plaatsvindt en de nota betrekking heeft op een behandeling (DBC) die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is. De zorgverzekeraar behoeft geen kosten te vergoeden, indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet binnen de hierboven genoemde termijn indienen van een nota door de verzekerde.

#### Artikel 10 Onwaarachtige weergave van feiten

- lid 1 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als 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 2 De zorgverzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken, bij verzekeringnemer terug.

#### Artikel 11 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

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

#### Artikel 12 Privacybescherming

- lid 1 PNO Ziektelkosten verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen van PNO Ziektelkosten. Deze uitoefening in het kader van de bedrijfsdoelstellingen van PNO Ziektelkosten 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 PNO Ziektelkosten 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 in Nederland;
  - 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 PNO Ziektelkosten dat desgewenst wordt toegestuurd door de zorgverzekeraar. Het privacy statement is tevens te raadplegen via [www.pnoziektelkosten.nl](http://www.pnoziektelkosten.nl).
- lid 2 In veel gevallen heeft PNO Ziektelkosten 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 zorgverzekeraar onder bijsluiting van een kopie van een geldig legitimatiebewijs een schriftelijk verzoek tot inzage in zijn persoonlijke gegevens indienen. De zorgverzekeraar verstrekt binnen 4 weken aan de verzekerde een overzicht van de door de zorgverzekeraar verwerkte persoonsgegevens. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar schriftelijk op de hoogte stellen indien hij niet benaderd wil worden met informatie over producten of diensten van de zorgverzekeraar.
- 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 zorgverzekeraar te allen tijde verzet aantekenen in verband met zijn bijzondere persoonlijke omstandigheden. De zorgverzekeraar beoordeelt binnen vier weken na ontvangst van het verzet of het verzet gerechtvaardigd is. Indien het verzet gerechtvaardigd is, beëindigt de zorgverzekeraar terstond de verwerking.
- lid 5 Indien gegevens worden verwerkt in verband met de totstandbrenging of de instandhouding van een directe relatie tussen de zorgverzekeraar of een derde en de verzekerde met het oog op werving voor commerciële of charitatieve doelen, kan de verzekerde daartegen bij de zorgverzekeraar te allen tijde kosteloos verzet aantekenen. In geval van verzet treft de zorgverzekeraar de maatregelen om deze vorm van verwerking terstond te beëindigen.
- lid 6 De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar een klacht indienen over de verwerking van de persoonsgegevens. De klachtenregeling als omschreven in artikel 15A is van overeenkomstige toepassing.

#### Artikel 12B Kwetsbare groepen

- lid 1 De zorgverzekeraar 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 traceringsprocedures 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 zorgverzekeraar een verzoek indienen tot dezelfde behandeling als in lid 1 van dit artikel beschreven, ter voorkoming van ongewenste traceringsprocedures via de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beoordeelt of van een vergelijkbaar risico sprake is.
- lid 3 De verzekerde dient de zorgverzekeraar te melden wanneer er geen sprake meer is van in het eerste en tweede lid bedoelde bedreigende omstandigheden. De zorgverzekeraar zal niet zonder nadere informatie of verzoek van de verzekerde de extra maatregelen beëindigen. De zorgverzekeraar kan hierbij het initiatief nemen om nadere informatie in te winnen. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde in kennis dat de extra maatregelen worden beëindigd.

#### Artikel 13 Materiële controle en fraudeonderzoek

- lid 1 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 daadwerkelijk is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
- lid 2 De zorgverzekeraar 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 polis omschreven  
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, 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 zorgpolis 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.
- lid 4      De vergoeding van de verzekerde kosten zal in euro's worden uitgekeerd op een Nederlands bankrekeningnummer. Indien er sprake is van vreemde valuta, dan rekent de zorgverzekeraar bij het berekenen van de uitkering in het algemeen de middenkoers die gold op de dag waarop de medische behandeling plaatsvond. Indien verzekerde bij de declaratie stukken overlegt, bijvoorbeeld afschriften, waaruit blijkt welke koers is gehanteerd, rekent de zorgverzekeraar deze koers.

#### Artikel 15 Klachten- en geschillencommissie

- lid 1      Ter regeling van de behandeling van klachten en geschillen stelt het bestuur van de zorgverzekeraar een klachten- en geschillencommissie in.
- lid 2      De klachten- en geschillencommissie ziet namens de ledenraad en het bestuur van de zorgverzekeraar toe op de uitvoering van de in artikel 15A vastgelegde klachtenregeling en de in artikel 15B vastgelegde geschillenregeling, en brengt daarover jaarlijks verslag uit aan de ledenraad en het bestuur.
- lid 3      De klachten- en geschillencommissie bestaat uit twee leden en twee plaatsvervangende leden die door het bestuur uit zijn midden worden aangewezen, alsmede een lid en een plaatsvervangend lid die door de ledenraad uit zijn midden worden aangewezen.
- lid 4      De klachten- en geschillencommissie wijst uit zijn midden een voorzitter en een plaatsvervangend voorzitter aan.
- lid 5      Een ieder die bij de klachtenregeling of de geschillenregeling is betrokken kan zich tijdens de procedure voor eigen rekening laten bijstaan door een derde.
- lid 6      De uitvoering van de klachtenregeling en de geschillenregeling geschiedt met inachtneming van de statuten en de verzekeringsovereenkomsten van de zorgverzekeraar.

#### Artikel 15A Klachtenregeling

- lid 1      De regeling als omschreven in dit artikel is van toepassing op iedere door de verzekeringnemer of verzekerde schriftelijk bij de zorgverzekeraar ingediende uiting van ontevredenheid met betrekking tot de wijze van behandeling, bejegening of andere vorm van dienstverlening of het nalaten van enige vorm van dienstverlening door de zorgverzekeraar. Deze regeling is niet van toepassing op geschillen als bedoeld in artikel 15B lid 1. Daarvoor geldt de geschillenregeling als omschreven in artikel 15B.
- lid 2      De verzekeringnemer of verzekerde kan de klacht richten aan het hoofd sector ziektekosten van de zorgverzekeraar. Klachten die betrekking hebben op de directie van de zorgverzekeraar, kunnen worden gericht aan de directie.

- lid 3 Indien de klacht betrekking heeft op de sector ziektekosten, dan zendt het hoofd sector ziektekosten binnen één week na ontvangst van de klacht een ontvangstbevestiging en een afschrift van dit artikel aan de klager. Vervolgens zendt het hoofd sector ziektekosten binnen vier weken na ontvangst van de klacht schriftelijk een inhoudelijke reactie. In bijzondere omstandigheden kan het hoofd sector ziektekosten van deze termijn afwijken. Hij stelt de klager hiervan binnen vier weken na ontvangst van de klacht met opgaaf van redenen schriftelijk op de hoogte.
- lid 4 Het hoofd sector ziektekosten brengt de directie van de klacht op de hoogte. De directie ziet toe op de afhandeling binnen de daarvoor gestelde termijn.
- lid 5 Indien de klager het niet eens is met de inhoud van een in lid 3 bedoelde reactie, heeft hij gedurende vier weken na ontvangst van die reactie de gelegenheid om een klacht in te dienen bij de directie.
- lid 6 De directie zendt binnen één week na ontvangst van de in lid 5 bedoelde klacht een ontvangstbevestiging en een afschrift van dit artikel naar de klager, en neemt vervolgens over de klacht een beslissing. De directie stelt de klager binnen vier weken na ontvangst van de klacht schriftelijk van de beslissing op de hoogte. De directie kan in bijzondere omstandigheden van deze termijn afwijken. De directie stelt klager hiervan binnen vier weken na ontvangst van de klacht met opgaaf van redenen schriftelijk op de hoogte.
- lid 7 Klachten gericht tegen de directie als bedoeld in lid 2, behandelt de directie op overeenkomstige wijze als beschreven in lid 6.
- lid 8 Indien de klager het niet eens is met de inhoud van een beslissing zoals bedoeld in lid 6 of lid 7, dan heeft klager gedurende vier weken na ontvangst van de beslissing de gelegenheid om een klacht in te dienen bij de in artikel 15 bedoelde klachten- en geschillencommissie.
- lid 9 De directie stelt de klachten- en geschillencommissie de beslissing zoals bedoeld in lid 6 of lid 7 onverwijld ter hand.
- lid 10 De klachten- en geschillencommissie zendt binnen één week na ontvangst van de klacht een ontvangstbevestiging aan de klager, en doet vervolgens over de klacht een uitspraak. De commissie stelt de klager binnen zes weken na ontvangst van de klacht schriftelijk van de uitspraak op de hoogte. In bijzondere omstandigheden kan de commissie van deze termijn afwijken. De commissie stelt klager hiervan binnen zes weken na ontvangst van de klacht met opgaaf van redenen schriftelijk op de hoogte.
- lid 11 Indien de klager zich niet kan vinden in de uitspraak van de klachten- en geschillencommissie, of indien de zorgverzekeraar zich niet houdt aan de termijnen als beschreven in dit artikel, dan kan de klager zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. De Ombudsman Zorgverzekeringen ([www.skqz.nl](http://www.skqz.nl)) bemiddelt tussen de klager en de zorgverzekeraar.

#### Artikel 15B Geschillenregeling

- lid 1 De regeling als omschreven in dit artikel is van toepassing indien sprake is van een geschil. Hiervan is sprake indien de verzekeringnemer of de verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar met betrekking tot de verzekeringnemer of de verzekerde genomen beslissing in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst. De geschillenregeling als omschreven in dit artikel is niet van toepassing op klachten als bedoeld in artikel 15A lid 1. Daarvoor geldt de klachtenregeling als omschreven in artikel 15A.
- lid 2 De verzekeringnemer of verzekerde kan binnen vier weken na ontvangst van de beslissing waarop het geschil betrekking heeft, het geschil schriftelijk voorleggen aan het hoofd sector ziektekosten.
- lid 3 Het hoofd sector ziektekosten zendt binnen één week na ontvangst van het geschil een ontvangstbevestiging. Vervolgens zendt het hoofd sector ziektekosten binnen vier weken na ontvangst van het geschil schriftelijk een inhoudelijke reactie. In bijzondere omstandigheden kan het hoofd sector ziektekosten van deze termijn afwijken. Hij stelt de indiener hiervan binnen vier weken na ontvangst van het geschil met opgaaf van redenen schriftelijk op de hoogte.
- lid 4 Het hoofd sector ziektekosten brengt de directie van het geschil op de hoogte. De directie ziet toe op de afhandeling binnen de daarvoor gestelde termijn.
- lid 5 Indien de indiener het niet eens is met de inhoud van een in lid 3 bedoelde reactie, heeft hij gedurende vier weken na ontvangst van die reactie de gelegenheid om een schriftelijk verzoek tot heroverweging bij de directie indienen. Dit verzoek dient naast de naam en het adres van de verzekeringnemer of de verzekerde een omschrijving te bevatten van het geschil en van de argumenten op grond waarvan heroverweging wordt verzocht.

- lid 6 De directie zendt binnen één week na ontvangst van het in lid 5 bedoelde verzoek een ontvangstbevestiging en een afschrift van dit artikel naar de indiener. De directie neemt ten aanzien van het verzoek een beslissing en stelt de indiener binnen vier weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk van de beslissing op de hoogte. De directie kan in bijzondere omstandigheden van deze termijn afwijken. De directie stelt de indiener hiervan binnen vier weken na ontvangst van het verzoek met opgaaf van reden schriftelijk op de hoogte.
- lid 7 Indien de indiener het niet eens is met de inhoud van de beslissing als bedoeld in lid 6, dan kan de indiener gedurende vier weken na ontvangst van de beslissing een nieuw verzoek tot heroverweging indienen bij de in artikel 15 bedoelde klachten- en geschillencommissie.
- lid 8 De directie stelt de klachten- en geschillencommissie de beslissing als bedoeld in lid 6 onverwijld ter hand.
- lid 9 De klachten- en geschillencommissie zendt binnen één week na ontvangst van het verzoek een ontvangstbevestiging, en doet ten aanzien van het verzoek uitspraak. De commissie stelt de indiener binnen zes weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk van de uitspraak op de hoogte. De commissie kan in bijzondere omstandigheden van deze termijn afwijken. De commissie stelt de indiener hiervan binnen acht weken na ontvangst van het verzoek met opgaaf van reden schriftelijk op de hoogte.
- lid 10 Indien de indiener zich niet kan vinden in de uitspraak van de klachten- en geschillencommissie, dan kan de indiener zijn verzoek voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. De Ombudsman Zorgverzekeringen ([www.skqz.nl](http://www.skqz.nl)) bemiddelt tussen de indiener en de zorgverzekeraar.
- lid 11 In afwijking van het bepaalde in lid 10, kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil ook voorleggen aan de bevoegde Nederlandse rechter.

#### Artikel 16 Formulierenloket NZa

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars 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.

## **II. PRESTATIEWIJZE EN DEKKING**

### Artikel 17 Prestatiewijze en dekking

- lid 1 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal het in het woonland gebruikelijke tarief.
- lid 2 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 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.
- lid 3 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

### **Geneeskundige zorg**

#### Artikel 18 Hulp door een huisarts

- lid 1 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.
- lid 2 De omvang van de te verlenen hulp wordt begrensd door wat huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

#### Artikel 19 Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

- lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van medisch-specialistische zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidszorgarts (of een andere zorgaanbieder, door de verzekeraar te bepalen). Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige geschieden. De omvang van de te verlenen hulp wordt begrensd door wat medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen, bestaat aanspraak met inachtneming van het bepaalde in artikel 35.
- lid 2 **Ziekenhuisopname**  
Aanspraak bestaat op 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 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 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 en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.
- lid 3 **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 een zelfstandig behandelcentrum.  
De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, evenals de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.  
Verder 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, evenals de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 4 Verpleging zonder verblijf  
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor verpleging zonder verblijf, die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. De zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

lid 5 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard  
Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, na voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar, aanspraak op volledige vergoeding van kosten indien de bedoelde behandeling strekt ter correctie van:

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

Op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, gericht op abdominoplastiek, bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten indien deze strekken tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. In de informatie die door de behandelend arts dient te worden verstrekt is aangegeven of er van een zodanige functiestoornis of verminking sprake is.

Op de volgende behandelingen van plastisch-chirurgische aard die niet gericht zijn op het opheffen van een lichamelijke functiestoornis bestaat aanspraak op vergoeding van 75% van de kosten, indien de zorgverzekeraar van tevoren toestemming heeft verleend op basis van een gemotiveerde (schriftelijke) aanvraag door de behandelend arts:

- correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- correctie van de oorstand;
- borstvergroting.

lid 6 Circumcisie  
Op behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde (mannelijke besnijdenis), anders dan op religieuze gronden, bestaat aanspraak op vergoeding van 75% van de kosten indien de zorgverzekeraar van tevoren toestemming heeft verleend op basis van een gemotiveerde (schriftelijke) aanvraag door de behandelend arts.

lid 7 Sterilisatie  
Op behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw) alsmede behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw).

lid 8 Behandeling tegen snurken  
Op behandelingen tegen snurken bestaat aanspraak op vergoeding van 75% van de kosten, indien op grond van de medische indicatie geen vergoeding mogelijk is op grond van het bepaalde van dit artikel en de zorgverzekeraar van tevoren toestemming heeft gegeven op basis van een gemotiveerde (schriftelijke) aanvraag door de behandelend arts.

lid 9 Uitgesloten behandelingen  
Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor behandelingen – daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of twee van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede, derde en vierde in-vitrofertilisatiepoging als bedoeld in artikel 1 (Begripsomschrijvingen) van deze polis per te realiseren zwangerschap.

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten, zonder medische indicatie als bedoeld in lid 5, voor:

- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen en vervangen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

## Artikel 20 Verloskundige zorg en kraamzorg

lid 1 De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben 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 huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgende, of een kraamverzorgende, zelfstandig werkend of verbonden aan een kraamcentrum, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Het bepalen van het aantal te leveren uren kraamzorg geschiedt op basis van het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg zoals dat van toepassing is in Nederland. Dit protocol is te raadplegen via [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl) en wordt u desgevraagd kosteloos toegezonden door de zorgverzekeraar.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

- a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak  
Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch-specialist medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg, als bedoeld in artikel 19, 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 en/of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
  - verloskundige hulp en kraamzorg.  
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.

Indien de bevalling en het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

- verloskundige hulp en kraamzorg.  
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.
- 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 de moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg.  
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 kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor de moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in lid d sub c, met dien verstande 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 c 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:
  - a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
  - b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
  - c. 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 door het kraambureau in overleg met de verzekeraar.

lid 2 Extra kraamzorg  
Indien er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan hiervoor bepaald, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor extra kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende.

In alle gevallen is voor extra kraamzorg voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Op basis van een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring door de behandelend arts bepaalt de zorgverzekeraar voor hoeveel uur zorg nog vergoeding zal kunnen worden gegeven.

- lid 3 Kraampakket  
Indien de bevalling thuis of poliklinisch plaatsvindt, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van aanschaf van een kraampakket (verband- en ontsmettingsmiddelen) tot een bedrag van maximaal € 35.
- lid 4 Lactatiekundige  
De vrouwelijke verzekerde met borstvoedingsproblemen heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor begeleiding door een gekwalificeerde lactatiekundige, tot een bedrag van maximaal € 100. Hulpmiddelen voor borstvoeding worden niet vergoed.

#### Artikel 21 Prenatale screening

- lid 1 De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van:
- counseling in het kader van prenatale screening; en
  - een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, met inachtneming van het bepaalde in het derde lid.
- lid 2 Indien de verzekerde 36 jaar of ouder is danwel er sprake is van een medische indicatie bij een verzekerde jonger dan 36 jaar, heeft de verzekerde tevens aanspraak op de vergoeding van kosten van een combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek). Het bepaalde in het derde lid is van toepassing.
- lid 3 Structureel echoscopisch onderzoek en een combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een daartoe gekwalificeerde zorgaanbieder, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

#### **Geestelijke gezondheidszorg**

##### Artikel 22 Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijnspsychologische zorg door een gezondheidspsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinische psycholoog en/of kinder- en jeugdpsycholoog en/of psychotherapeut. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:
- a. de zorg ten hoogste zestien zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat, waarbij een maximumbedrag geldt van € 80 per sessie;
  - b. de verzekerde een eigen bijdrage van € 10 per zitting betaalt.
- Deze zorg omvat niet de specialistische zorg als beschreven in artikel 23.
- lid 2 Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidsarts (of een andere zorgaanbieder, door de verzekeraar te bepalen). Dit geldt niet voor acute zorg.

##### Artikel 23 Specialistische GGZ

- lid 1 De omvang van de te verlenen specialistische GGZ zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de zorg genoemd in artikel 22.
- lid 2 Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidsarts (of een andere zorgaanbieder, door de verzekeraar te bepalen). Dit geldt niet voor acute zorg.
- lid 3 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 dertig 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 omvat de vergoeding van kosten voor 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 4 Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg  
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor specialistische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater, zenuwarts of psychotherapeut.  
De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

#### Artikel 24 Persoonsgebonden budget

- lid 1 De verzekerde kan desgewenst, in plaats van de aanspraken op vergoeding van kosten op grond van de artikelen 22 en 23, de zorgverzekeraar verzoeken om een persoonsgebonden budget. Voor een aanspraak op een persoonsgebonden budget gelden, in aanvulling op de in de artikelen 22 en 23 aangegeven vereisten, de nadere voorwaarden zoals vastgelegd in het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement PGB Experiment GGZ. Het Reglement PGB Experiment GGZ maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl) en wordt u desgevraagd toegezonden.
- lid 2 De verzekerde heeft aanspraak op een door de zorgverzekeraar te verstrekken budget indien hij aannemelijk heeft gemaakt, door overlegging van medische informatie en een behandelplan van de behandelaar dat hij behoefte heeft aan de desbetreffende zorgvorm (specifieke DBC danwel eerstelijnspsychologische zorg).
- lid 3 Het persoonsgebonden budget wordt verstrekt in de vorm van een door de zorgverzekeraar te bepalen voorschot. De hoogte van het voorschot is gelijk aan de vergoeding die de verzekerde zou hebben ontvangen voor de zorg of andere dienst als hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. De verzekerde ontvangt het voorschot zodra blijkt dat hij aanspraak heeft op een budget.
- lid 4 De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van hetgeen het voorschot te boven gaat als uit de overgelegde originele rekening blijkt dat de zorg of dienst is verstrekt door een zorgaanbieder.
- lid 5 Indien uit de verantwoording blijkt dat de verzekerde minder kosten heeft gemaakt, of het voorschot aan iets anders heeft besteed dan waarvoor het voorschot door de zorgverzekeraar is verstrekt, vordert de zorgverzekeraar het te veel verstrekte (deel van het) voorschot als 'onverschuldigde betaling' terug op grond van artikel 6:203 van het Burgerlijk Wetboek.
- lid 6 Het persoonsgebonden budget wordt niet verstrekt indien de verzekerde verblijft in een (psychiatrische) instelling of ziekenhuis.

#### **Overige medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)**

#### Artikel 25 Revalidatie

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:
- 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 bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag; én
  - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- lid 2 Revalidatie kan plaatsvinden:
- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
  - in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).
- lid 3 Voor de onder lid 1 en lid 2 bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van de kosten indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de zorgverzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient deugdelijk gemotiveerd te zijn, en ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines, alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

## Artikel 26 Orgaantransplantaties

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas. Onder de aanspraak op de 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 conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.
- lid 2 De donor heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de zorg conform deze polis, 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 en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen het woonland van verzekerde in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – 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 het woonland van verzekerde van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg of lever bij een verzekerde, evenals 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 het woonland van verzekerde en eventuele gederfde inkomsten.
- lid 3 Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

## Artikel 27 Niet-klinische dialyse en peritoneaaldialyse

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse 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 voor de behandeling benodigde geneesmiddelen en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.
- lid 2 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:
- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
  - de kosten van het in bruikleen geven van de dialyseapparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), evenals van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
  - de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
  - de overige kosten (waaronder elektriciteitskosten) die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
  - de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

## Artikel 28 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing evenals de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

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

### Artikel 29 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) of een hiermee vergelijkbare instelling.

### Artikel 30 Dyslexiezorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van de diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie voor kinderen van zeven jaar en ouder die basisonderwijs volgen, indien het diagnosticeren en behandelen geschiedt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Er dient sprake te zijn van verwijzing door de basisschool, die de informatie moet leveren zoals vermeld in het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling zoals dat van toepassing is in Nederland. Dit protocol is te raadplegen via [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl) en wordt desgevraagd kosteloos toegezonden door de zorgverzekeraar.
- lid 2 In afwijking van het eerste lid van dit artikel bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten van dyslexiezorg, indien deze zorg aanvangt:
- in 2009: op of na het bereiken van de negenjarige leeftijd;
  - in 2010: op of na het bereiken van de tienjarige leeftijd;
  - in 2011: op of na het bereiken van de elfjarige leeftijd;
  - in 2012: op of na het bereiken van de twaalfjarige leeftijd;
  - in 2013: op of na het bereiken van de dertienjarige leeftijd.

### Artikel 31 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- het geven van adviezen aan de verzekerde over de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

### Artikel 32 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 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 33 Audiologische zorg

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

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar, door een audiologisch centrum, een en ander op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

## Artikel 34 Paramedische zorg

- lid 1 Paramedische zorg  
De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, manuele lymfedrainage, logopedie, logopedie alternatief/stottertherapie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, logopedisten en diëtisten en plegen te bieden. Voor paramedische zorg, met uitzondering van fysiotherapie, is een voorschrift van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts nodig.
- lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie
- Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat de noodzakelijke behandelingen, op basis van een verwijzing door een arts of medisch specialist, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe en is te raadplegen op [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl);
  - Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat de noodzakelijke behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut, per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat. Desgewenst kan door de zorgverzekeraar de zorgaanbieder nader worden bepaald.
- Voor zover de fysiotherapie en oefentherapie niet valt onder de hierboven onder a en b genoemde noodzakelijke behandelingen, komen per verzekerde maximaal 52 behandelingen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.
- lid 3 Manuele lymfedrainage door huidtherapeut  
Manuele lymfedrainage omvat de behandeling van ernstig lymfoedeem door een gekwalificeerd huidtherapeut. Per verzekerde komen maximaal 52 behandelingen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.
- lid 4 Ergotherapie  
Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een arts, 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  
Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand-)arts 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 in verband met dialect en anderstaligheid.
- lid 6 Logopedie alternatief/stottertherapie  
De kosten van stottertherapie die in groepsverband wordt gegeven volgens één van de volgende methoden: Del Ferro, De Paauw en Hausdörfer door een instelling waar bovengenoemde therapieën worden gegeven, komen voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding is beperkt tot een maximum van € 1500 per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 7 Dieetadvisering  
Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts of tandarts, gedurende maximaal 9 behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

## Artikel 35 Mondzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor tandheelkundige zorg door tandartsen of mondhygiënist die noodzakelijk is, voor zover deze niet valt onder de dekking van het bepaalde in lid 2 tot en met 15 van dit artikel, tot een maximumbedrag van € 1100 per verzekerde per kalenderjaar. Om voor vergoeding van deze kosten in aanmerking te komen is voorafgaande toestemming vereist. Zorg met een overwegend cosmetisch karakter, zoals het bleken van elementen, wordt niet vergoed.
- lid 2 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist:

- a. 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 zou hebben voorgedaan;
  - b. 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
  - c. 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 3 Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is tevens onder de zorg in het tweede lid onder a begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de bedoelde constructie dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 4 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar in andere gevallen dan het tweede lid, onderdelen a tot en met c:
- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - b. incidenteel tandheelkundig consult;
  - c. het verwijderen van tandsteen;
  - d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - e. sealing;
  - f. parodontale hulp;
  - g. anesthesie;
  - h. endodontische hulp;
  - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
  - j. gnathologische hulp;
  - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
  - l. tandvervangende hulp 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;
  - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
  - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
- lid 5 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van tweeëntwintig jaar en ouder in andere gevallen dan het tweede lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
  - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 Medisch noodzakelijk verblijf in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard door een kaakchirurg is onder zorg als bedoeld in het eerste lid, vierde lid onder m, en vijfde lid onder a, van dit artikel begrepen.
- lid 7 De verzekerde van tweeëntwintig jaar en ouder die zijn aanspraken op de vergoeding van kosten op basis van het tweede lid onder a, onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde die zijn aanspraken ingevolge het tweede lid onder b, tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op 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 tweede lid.
- 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 jonger dan tweeëntwintig 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 voor de hulp, bedoeld in het tweede lid, onder a tot en met c, en het vierde lid onder l is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan 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 tandartsspecialist mondziekten en kaakchirurgie is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale hulp, 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 tweede, derde, vierde, vijfde en zesde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.
- lid 14 Orthodontie
- a. Voor personen jonger dan 18 jaar komen de volledige kosten van orthodontische zorg door een tandarts of orthodontist voor vergoeding in aanmerking.
  - b. Voor personen van 18 jaar en ouder komen, in afwijking van het eerste lid van dit artikel, de kosten van orthodontische zorg door een tandarts of orthodontist voor vergoeding in aanmerking, indien er sprake is van een functionele afwijking, tot een maximumbedrag van € 1600 per behandeling. Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar is vereist.
- lid 15 Gebitsprothese
- Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding de kosten in aanmerking 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 prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.
- Toestemming
- Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600 per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.
- Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450 per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

#### Artikel 36 Farmaceutische zorg

- lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van ter hand stelling van:
- a. de door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
  - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
    - i. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet;
    - ii. 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; of
    - iii. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in 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.
  - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
- lid 2 De onder lid 1a genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van ter hand stelling van die geneesmiddelen die als zodanig zijn aangewezen door de verzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar dat deel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de verzekeraar. Zij is tevens in te zien via onze website [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl).
- De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de aangewezen geneesmiddelen, ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Tenzij de verzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen terhandgesteld te zijn op voorschrift van een behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement farmaceutische zorg.

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen ter hand gesteld c.q. worden de kosten van ter hand stelling slechts vergoed voor een periode van:

- 15 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
- 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft;
- 1 maand in overige gevallen.

- lid 3 Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding van kosten in aanmerking indien de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en de verzekerde:
- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis,
  - b. lijdt aan een voedselallergie,
  - c. lijdt aan een resorptiestoornis,
  - d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
  - e. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

- lid 4 Voor zover er sprake is van middelen die binnen de reguliere geneeskunde worden gebruikt en deze niet vergoed op grond van het bepaalde in lid 1 tot en met 3 van dit artikel, worden vergoed, tot een maximumbedrag van € 500:
- (zelfzorg)geneesmiddelen;
  - de bijbetaling die geldt voor bepaalde geneesmiddelen;
  - ongeregistreerde farmaceutische producten (niet-geneesmiddelen);
  - de kosten van niet aangewezen geneesmiddelen, voor zover voor een werkzame stof, een of meer preferente geneesmiddelen zijn aangewezen;
  - apothekerbereidingen;

Alleen middelen die zijn voorgeschreven door een arts, specialist of tandarts én die zijn aangeschaft bij een apotheek komen voor vergoeding in aanmerking.

#### Artikel 37 Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in het Reglement Hulpmiddelen, inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen. In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl) en wordt u desgevraagd toegezonden.
- 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. Bij deze toestemming 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 De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.
- 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 Met betrekking tot de in het Reglement Hulpmiddelen genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van een restitutie achteraf van de gemaakte kosten na aanschaf van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget vooraf waarbij in aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door de zorgverzekeraar in het betreffende Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.
- lid 7 Voor zover de hulpmiddelen niet vergoed worden op grond van het bepaalde in lid 1 tot en met 6 van dit artikel, worden eveneens vergoed:
- afstandsbediening voor een hoortoestel, tot een maximumbedrag van € 300 per aanschaf per verzekerde per 5 jaar;
  - hoortoestellen, tot een maximumbedrag van € 1200 per toestel per verzekerde per aanschaf;
  - pruiken, tot een maximumbedrag van € 300 per aanschaf;
  - steunzolen en podotherapeutische supplementen, tot een maximumbedrag van € 200 per verzekerde per kalenderjaar;
  - brillen, contactlenzen en ooglaseren door middel van refractiechirurgie, tot een maximumbedrag van € 150 per vier kalenderjaren;
  - 75% van de kosten van anti-snurkapparatuur;
  - aanschafkosten (of huurkosten) van een plaswekker en de bijbehorende middelen, met dien verstande dat deze bestemd is voor een verzekerde van 7 jaar of ouder;
  - lichttherapielamp als behandeling tegen een winterdepressie;
  - steunpessarium;
  - abonnementskosten bij gebruik van een alarmeringsysteem, indien op grond van lid 1 tot en met 6 van dit artikel recht bestaat op vergoeding van de éénmalige aansluitkosten.

Voor vergoeding van de onder b en c genoemde hulpmiddelen geldt dat de vergoeding alleen wordt gegeven, indien er op grond van lid 1 tot en met 6 van dit artikel recht bestaat op vergoeding van het middel.

Voor vergoeding van de onder a tot en met c, f, h en i genoemde hulpmiddelen is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

#### Artikel 38 Thuiszorg

- lid 1 Volledige vergoeding wordt verleend voor thuiszorg of hulp in een hospitium door gekwalificeerde hulpverleners, werkzaam bij thuiszorgorganisaties en in een hospitium, voor verzekerden, die in hun laatste levensfase verkeren.
- lid 2 Voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar en een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk.
- lid 3 De kosten worden alleen vergoed, voor zover geen tegemoetkoming wordt verstrekt uit anderen hoofde.

#### Artikel 39 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

- lid 1 Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

##### Ambulancevervoer

- lid 2 Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in het woonland, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 3 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen.  
De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat tevens het vervoer van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

#### Zittend ziekenvervoer

- lid 4 Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op vergoeding van kosten van vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in lid 3 van dit artikel, per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, indien er sprake is van een medische noodzaak om vervoerd te worden. Er is sprake van een medische noodzaak wanneer de behandelend arts of specialist de verzekerde verboden heeft zelfstandig te rijden of te reizen.
- De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- lid 5 Indien vervoer per ambulance niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar (vooraf) toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander vervoersmiddel.
- lid 6 Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule
- indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer; en
  - het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.
- lid 7 Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander vervoersmiddel.
- lid 8 Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding medisch noodzakelijk is dan wel het de begeleiding betreft van een verzekerde, jonger dan 16 jaar.  
In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar worden vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 9 Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 89 per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,28 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route. Bij vervoer met trein of bus wordt uitgegaan van de kosten in de laagste vervoersklasse.

#### Artikel 40 Alternatieve geneeswijzen/geneesmiddelen

- lid 1 Vergoeding wordt verleend voor alternatieve behandelingen (niet zijnde antroposofisch), antroposofische behandelingen, alternatieve geneesmiddelen en de kosten van onderzoeken in speciale laboratoria die worden aangevraagd door alternatieve artsen, tot een maximumbedrag van € 600 per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 Onder alternatieve behandelingen in de zin van dit artikel wordt verstaan: acupunctuur, chiropractie, enzymtherapie, flebologie/proctologie, haptonomie, (klassieke) homeopathie, manuele geneeskunde, Moermantherapie, neutraaltherapie, natuurgeneeswijze, orthomanuele geneeswijze, osteopathie, orthomoleculaire geneeskunde, podologie, podotherapie en shiatsu-therapie.
- lid 3 Onder antroposofische behandelingen in de zin van dit artikel wordt verstaan:
- a. het consult van een arts-antroposoof;
  - b. dieet-, spraak-, kunstzinnige-, uitwendige- en badtherapie en heileuritmie.
- lid 4 Onder alternatieve geneesmiddelen in de zin van dit artikel wordt verstaan: antroposofische farmaceutische producten, fytotherapeutische farmaceutische producten, homeopatische farmaceutische producten en ongeregistreerde farmaceutische producten (niet-geneesmiddelen) die binnen de alternatieve geneeskunde worden gebruikt.
- lid 5 De in het tweede en derde lid van dit artikel alternatieve behandelingen worden alleen vergoed, indien zij worden toegepast door een arts.
- lid 6 De in het tweede en derde, onderdeel b, lid van dit artikel genoemde behandelingen worden óók vergoed, indien zij worden toegepast door een daartoe gekwalificeerde zorgverlener, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar of Mensendieck), acupuncturist, klassiek homeopaat, haptotherapeut, chiropractor, osteopaat, podoloog en podotherapeut (geen pedicure).

#### Artikel 41 Preventieve zorg

- lid 1 Preventieve geneesmiddelen en vaccinaties  
Vergoeding wordt verleend voor de gebruikelijke strikt medische preventie (geneesmiddelen en entstoffen) bij reizen buiten het woonland en de niet medisch geïndiceerde griepinjecties, tot een maximumbedrag van € 150 per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden  
Vergoeding wordt verleend voor pessaria en koperhoudende spiraaltjes, voor zover deze zijn voorgeschreven door een arts of specialist én deze zijn aangeschaft bij een apotheek.
- lid 3 Overige (genees)middelen voor anticonceptionele doeleinden  
Vergoeding wordt verleend voor anticonceptiva en hormoon bevattende spiraaltjes, voor zover deze zijn voorgeschreven door een arts of specialist én deze zijn aangeschaft bij een apotheek.

#### Artikel 42 Vormen van therapie

- lid 1 Warmwatertherapie  
Vergoeding wordt verleend voor oefentherapie en training in het water in groepsverband voor mensen met een (ernstig) probleem in het bewegingsapparaat, tot een maximumbedrag van € 200 per verzekerde per kalenderjaar.  
Voorafgaande toestemming door de zorgverzekeraar is vereist.
- lid 2 Huidtherapie: elektrische epilatie en laserontharing  
Vergoeding wordt verleend voor elektrische epilatie en laserontharing bij vrouwelijke verzekerden met ontsierde haargroei in het gelaat en/of de hals, tot een maximumbedrag van € 1500 per verzekerde voor de duur van de verzekering.  
  
Elektrische epilatie wordt alleen vergoed indien uitgevoerd door een gekwalificeerde huidtherapeut of bij een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste.  
Laserontharing wordt alleen vergoed indien uitgevoerd door een gekwalificeerde huidtherapeut of wanneer de behandeling plaatsvindt in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden.  
  
Voor beide therapieën is voorafgaande toestemming door de zorgverzekeraar is vereist.
- lid 3 Overige huidtherapie  
Vergoeding wordt verleend voor acnébehandeling (met uitzondering van de aanschafkosten van producten, zoals crèmes), camouflagetherapie en overige dermatologische therapieën voor zover de kosten daarvan niet vallen onder de reguliere tariefstructuur, indien uitgevoerd door een dermatoloog of gekwalificeerde huidtherapeut, tot een maximumbedrag van € 500 per verzekerde per kalenderjaar.  
Onder camouflagetherapie wordt verstaan lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat en/of de hals, inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's en crèmes, poeders en dergelijke. Ook tepelhofcamouflage is een vorm van camouflagetherapie.  
Voorafgaande toestemming door de zorgverzekeraar is vereist.
- lid 4 UV(B) - thuisbehandeling  
Vergoeding wordt verleend voor belichtingstherapie als behandeling om de verschijnselen van huidaandoeningen te verminderen, tot een maximumbedrag van € 1500 per verzekerde per kalenderjaar.  
Voorafgaande toestemming door de zorgverzekeraar is vereist.
- lid 5 Behandeling van ernstig overgewicht  
Vergoeding van 50% van de kosten wordt verleend voor behandeling in een gespecialiseerde kliniek op het gebied van ernstig overgewicht, tot een maximumbedrag van € 3500 per verzekerde per drie jaar.  
Voorafgaande toestemming door de zorgverzekeraar is vereist.
- lid 6 Behandeling door een pedicure  
Vergoeding wordt verleend voor de behandeling van diabetische of reumatische voet door een gekwalificeerde pedicure, tot een maximumbedrag van € 230 per verzekerde per kalenderjaar.  
In alle gevallen is voorafgaande toestemming door de zorgverzekeraar is vereist.
- lid 7 Overgangsconsulenten  
Vergoeding wordt verleend voor de begeleiding door een gekwalificeerd overgangsconsulent van de vrouwelijke verzekerde met overgangsklachten, tot een maximumbedrag van € 125 per verzekerde per kalenderjaar.

## Artikel 43 Diversen

- lid 1     Second opinion  
De verzekerde heeft het recht een tweede diagnose of voorgestelde behandeling door een medisch specialist te laten stellen. De kosten van deze second opinion worden volledig vergoed.
- lid 2     Sport Medisch Adviescentrum  
Vergoeding wordt verleend voor een blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum na verwijzing van een arts, tot een maximumbedrag van € 150 per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van een (sport)keuring worden niet vergoed.
- lid 3     Herstellingsoord/zorghotel  
Vergoeding wordt verleend voor verblijf in een erkend herstellingsoord of zorghotel, tot een maximumbedrag van € 150 per dag. Voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist.
- De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van huisarts of specialist en het verblijf moet naar het oordeel van de medisch adviseur (van de zorgverzekeraar) medisch noodzakelijk zijn vanwege één van de volgende redenen:
- herstel van ziekte bij het ontbreken van adequate verzorging thuis;
  - herstel na een specialistische behandeling als somatische zorg en/of observatie noodzakelijk is;
  - herstel na mentale overbelasting (overspannenheid); of
  - het leren leven met een handicap en het steun bieden bij het opbouwen van een toekomstperspectief.
- lid 4     Kuuroord  
Vergoeding wordt verleend voor een kuurbehandeling in verband met reuma of een reumatische aandoening in het woonland of een land buiten het woonland, tot een maximumbedrag van € 1000 per verzekerde per kuurreis. Voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist.
- De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van huisarts of specialist en het verblijf moet naar het oordeel van de medisch adviseur (van de zorgverzekeraar) medisch noodzakelijk zijn vanwege één van de volgende indicaties:
- de ziekte van Bechterew;
  - reumatoïde artritis; of
  - artritis psoriatica.
- lid 5     Reiskosten ziekenbezoek  
Vergoeding wordt verleend voor vervoer in verband met ziekenbezoek aan een (mee) verzekerd gezinslid dat is opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in het woonland (niet zijnde psychiatrisch ziekenhuis) Voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet er sprake zijn van:
- een langdurige opname (vier weken of meer); en
  - de af te leggen afstand tussen het woonadres en de instelling moet minimaal 40 kilometer bedragen.
- De vergoeding wordt gebaseerd op een kilometervergoeding van 0,28 per kilometer of op de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse.
- lid 6     Ouderverblijf bij opname kind  
Vergoeding wordt verleend voor noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een op polis verzekerd kind. Voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist.
- lid 7     Basisarts  
Vergoeding wordt verleend voor consulten door een basisarts, die niet vallen binnen de alternatieve geneeswijzen, tot een maximumbedrag van € 35 per consult.
- lid 8     Re-integratie  
Vergoeding van 45% van de kosten wordt verleend voor een integraal programma, gericht op het behoud en/of herstel van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer van een bij de verzekeraar aangesloten werkgever door een op het gebied van re-integratie gespecialiseerd bedrijf, één en ander te beoordelen door de zorgverzekeraar.  
Voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist. De aanvraag moet worden ingediend door de werkgever, de bedrijfsarts of de ARBO-dienst of een daarmee te vergelijken organisatie, onder overlegging van de medische indicatie tot behandelen, en het behandelplan.

#### Artikel 44 Uitsluitingen

Tenzij expliciet anders is bepaald, bestaat onder deze verzekering geen aanspraak op vergoeding van kosten van:

- bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bij voorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en/of vaccinaties, tenzij in ministeriële regeling anders is bepaald;
- het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- alternatieve geneeswijzen;
- 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, terrorisme en muerij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht.

#### Artikel 45 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.