

Verzekeringsvoorwaarden 2021

Aanvullende verzekeringen

FGD·ZORG



FGD·ZORG

Postbus 2010 • 8901 JA Leeuwarden • T 088 - 35 35 725
www.fgdzorg.nl • info@fgd-zorg.nl

Belangrijke informatie en service

Heeft u vragen of wilt u iets aan ons doorgeven? We helpen u graag!

Onze website

Op fgdzorg.nl vindt u alle informatie over uw verzekering. U kunt er bijvoorbeeld de antwoorden vinden op veelgestelde vragen, uw premie berekenen, online declareren, zorgverleners vinden en alle vergoedingen van A tot Z bekijken en vergelijken.

Contact

U kunt ons bereiken per telefoon, per e-mail of per post. Op werkdagen is onze Service Desk bereikbaar van 08.30 tot 17.30 uur. Bel ons op 088 - 35 35 725.

Nota's insturen

Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze digitaal declareren via Mijn FGD•ZORG. U logt veilig en simpel in via iDIN. Om iDIN te kunnen gebruiken, moet u dit eerst eenmalig activeren. Meer informatie over inloggen via iDIN vindt u op onze website. Ook kunt u via Mijn FGD•ZORG gemakkelijk zelf uw persoonsgegevens aanpassen, zorgkosten inzien of uw pakketten wijzigen.

U kunt de nota ook via de post indienen. Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele nota naar onderstaand postadres. Het declaratieformulier kunt u vinden op onze website.

Postadres

Postbus 2010
8901 JA Leeuwarden

Bezoekadres

Balthasar Bekkerwei 70
8914 BE Leeuwarden

Toestemming nodig?

Wilt u weten voor welke zorg u vooraf onze toestemming nodig hebt? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. U stuurt de aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar het bovenstaande adres ter attentie van Medisch Advies.

Meer informatie over toestemming aanvragen vindt u op onze website. Hier kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

Klachten

Wij proberen u, als klant van FGD•ZORG, met alles zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dus bent u niet tevreden over een beslissing die wij hebben genomen over onze service of de service van één van uw zorgverleners? Dan horen wij dat graag. Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen op pagina 15.

Zoek een zorgverlener

Zorgverleners hebben afspraken met zorgverzekeraars. Wij noemen dat 'gecontracteerde zorgverleners'. Er zijn contracten met hen afgesloten waarin bijvoorbeeld afspraken zijn gemaakt over de kwaliteit van zorg. In de zorgzoeker vindt u de zorgverleners waarmee afspraken zijn gemaakt. De zorgzoeker vindt u op onze website.

Aevitaal

Gezondheid en vitaliteit vinden wij erg belangrijk. Wij helpen u daarom graag om gezond en fit te blijven. Op Aevitaal vindt u informatie over gezondheid, vitaliteit, inzetbaarheid en weerbaarheid. Heeft u klachten, slaapt u slecht, wilt u gezonder leven of uw inzetbaarheid vergroten? Ga naar [Aevitaal](#) en meld u direct aan!!



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
1		Begripsomschrijvingen	4
2		Algemene voorwaarden	9
Artikel 1	9	Artikel 21	26
Artikel 2	11	Artikel 22	28
Artikel 3	13	Artikel 23	28
Artikel 4	14	Artikel 24	29
Artikel 5	14	Artikel 25	29
Artikel 6	14	Artikel 26	29
Artikel 7	15	Artikel 27	30
Artikel 8	16	Artikel 28	31
		Artikel 29	32
3		Artikel 30	32
		Artikel 31	32
Artikel 1	17	Artikel 32	33
Artikel 2	17	Artikel 33	33
Artikel 3	18	Artikel 34	33
Artikel 4	18	Artikel 35	33
Artikel 5	18	Artikel 36	34
Artikel 6	18	Artikel 37	34
Artikel 7	19		
Artikel 8	19		
Artikel 9	20		
Artikel 10	20		
Artikel 11	21		
Artikel 12	21		
Artikel 13	21		
Artikel 14	22		
Artikel 15	22		
Artikel 16	23		
Artikel 17	23		
Artikel 18	24		
Artikel 19	25		
Artikel 20	26		

1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering(en)

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Aevitae

De gevolmachtigd agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts dan wel een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Basisverzekering / Zorgverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor Bijzondere Tandheekunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Collectieve overeenkomst

Een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen Aevitae en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering via Aevitae en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen de verzekeraar en de apotheekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Diëtist

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

Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het door verzekeraar vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit.

Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

Één volwassene, dan wel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaftrek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Instelling

- 1 een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
- 2 een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

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

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Podotherapeut

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

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door verzekeraar, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Psychiater/zenuwarts

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

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

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 conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Seksuologisch hulpverlener

Eerstelijnspsycholoog, arts of verpleegkundige die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Dit specialisme bestaat pas sinds 1 januari 2009. Dit specialisme is een opvolging van de verpleeghuisgeneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialist ouderengeneeskunde genoemd.

Sportkeuring

Dit betreft door de sportbond verplicht gestelde sportkeuringen voor beoefening van de betreffende sport of door de opleiding verplichte sportkeuring voor toelating tot (sport)opleiding.

Sportmedisch onderzoek

Verrichten van een (algemene en sportspecifieke) anamnese, lichamelijk onderzoek en (sportspecifiek/aanvullend) onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat, het cardiovasculair systeem en de longen om een gericht en verantwoord beweeg- en sportadvies aan (beginnende) sporters te kunnen geven. Er ligt geen zorgvraag aan ten grondslag.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Toestemming (machtiging)

Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ons of verzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering met ons is aangegaan.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verzekeraar

De zorgverzekeraar die als verzekeringsonderneming is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen aanbiedt.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Aevitae.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

Zorghotel

Een door verzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen aanbiedt. Op uw zorgpolis staat vermeld welke maatschappij dit betreft.

2 Algemene voorwaarden

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

De bepalingen van de collectieve overeenkomst prevaleren indien en voor zover zij afwijken van het gestelde in deze verzekeringsvoorwaarden. Indien deze bepalingen niet langer van toepassing zijn op de verzekerde, worden de bepalingen van de individuele overeenkomst weer van toepassing.

1.2 Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)- methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruikmaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven. Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders en van de tarieven die wij vergoeden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruikmaakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u geen vergoeding of een lagere vergoeding ontvangt. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden of bij ons opvragen.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Wanneer u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze online indienen via Mijn FGD•ZORG.

Ook kunt u een declaratieformulier invullen en dit samen met de originele nota naar ons opsturen. Een kopie of aanmaning nemen wij niet in behandeling. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat wij er zonder verdere navraag uit op kunnen maken tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Buitenlandse nota's dienen, voorzien van uitgebreide specificatie, in het Engels, Spaans, Frans of Duits te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, dan kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

1.6 Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.7 Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden.

Als een verwijzing of voorschrift nodig is, dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts. Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf voorafgaand aan de zorg bij ons toestemming aanvragen.

1.9 Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnosebehandelcombinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10 Uitsluitingen

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

- 1.10.1 die verband houdt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan Aevitae. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 1.10.2 van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 1.10.3 die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 1.10.4 die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 1.10.5 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), indien de verzekerde voor deze wet verzekerd is;

- 1.10.6 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening indien de verzekering bij Aevitae niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 1.10.7 waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet bent;
- 1.10.8 veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie;
- 1.10.9 veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- 1.10.10 of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae.
- 1.11 Recht op (vergoeding van de kosten van) zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen**
Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terroristemedekking van de NHT.

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2 Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde aanvullende verzekering(en).

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekering.

Als u op grond van de collectieve overeenkomst gesloten tussen uw werkgever en Aevitae een werknemers gerelateerde aanvullende verzekering hebt, dan gaat de vergoeding uit het werknemers gerelateerde pakket voor. U hebt in dat geval geen recht op (de vergoeding van de kosten van) deze zorg op grond van deze aanvullende verzekering.

2.3 Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terroristemedekking;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders.

Deze documenten kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

2.4 Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen dan bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in het Incidentenregister van de zorgverzekeraar laten registreren. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en wordt beheerd door de zorgverzekeraar.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger laten registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

De zorgverzekeraar kan van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering en binnen Aevitae of de zorgverzekeraar lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen sluiten binnen Aevitae of de zorgverzekeraar.

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5 Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg) verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerdenadministratie.

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controle en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en ons privacy statement. U vindt ons privacy statement op onze website.

Wij zijn verplicht uw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

2.6 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres worden geacht u te hebben bereikt. Wij hanteren altijd het in de Gemeentelijke Basisadministratie geregistreerde adres.

2.7 Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van veertien dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen veertien dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen veertien dagen nadat u de zorgpolis hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.8 Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Betalingen

3.1 Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1 De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2 Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3 Betaling van premie, (wettelijk) eigen risico, wettelijke bijdragen en kosten

3.3.1 U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.3.2 Voor betaling per acceptgiro brengen wij € 1,50 per acceptgiro in rekening.

3.3.3 U kunt ons toestemming verlenen voor automatische incasso voor de betaling van premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Voor het verlenen van toestemming voor automatische incasso van de premie enerzijds en van het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten anderzijds zijn twee aparte machtigingen benodigd.

3.3.4 Indien u Aevitae B.V. heeft gemachtigd eventuele eigen risico of andere bedragen via automatische incasso van uw rekening af te schrijven, ontvangt u (verzekeringnemer) van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen enkele dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren.

3.4 Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.5 Niet-tijdig betalen

3.5.1 Wanneer u de premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Betaalt u niet binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, dan kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervalddag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen.

3.5.2 Bij niet-tijdige betaling hebben wij tevens het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. De beëindigde aanvullende verzekeringen kunnen hervat worden zodra u de volledige premieachterstand heeft voldaan. Hiertoe dient u zelf, binnen één maand na betaling, een schriftelijk verzoek bij ons in te dienen. De dekking van de aanvullende verzekeringen gaat dan weer in vanaf de eerste dag van de maand volgend op de datum waarop wij van u de betaling hebben ontvangen. Indien uw verzoek de termijn van één maand na betaling overschrijdt, is de ingangsdatum van de aanvullende verzekeringen 1 januari van het volgende kalenderjaar. De aanvullende verzekeringen worden niet automatisch hervat als u hiervoor geen verzoek indient.

3.5.3 Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.5.4 Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.5 Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.5.6 Als wij de aanvullende verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dit zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, verhuizing, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen hierdoor worden geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2 Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u de verzekeringsovereenkomst tot één maand nadat de wijziging aan u is medegedeeld opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

6.1 Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering bij ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, dan geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 Acceptatie voor de aanvullende verzekering

6.2.1 Zorgverzekering

U kunt de aanvullende verzekering sluiten als aanvulling op uw basisverzekering bij ons. Voor de aanvullende verzekering kan een medische selectie van toepassing zijn. Bovendien kan er een leeftijdsgrens van toepassing zijn. Een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering kan van toepassing zijn bij onderstaande omstandigheden:

- U heeft voor hetzelfde verzekeringsjaar geen basisverzekering bij ons gesloten en/of;
- De verzekeraar van uw aanvullende verzekering is een ander dan de verzekeraar van uw basisverzekering bij ons.

6.2.2 Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan, kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar kunnen niet uitgebreider verzekerd zijn dan de hoogst verzekerde volwassene op de overeenkomst.

6.2.3 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. is van toepassing. De verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3 Einde van rechtswege

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

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of over andere feiten en omstandigheden met betrekking tot de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

Als de aanvullende verzekering eindigt omdat wij stoppen met het aanbieden van deze aanvullende verzekering, stellen wij u als verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voordat de aanvullende verzekering eindigt, hiervan op de hoogte.

6.4 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1 Jaarlijks

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

6.4.2 Tussentijds

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering die u bij ons heeft afgesloten.

6.4.3 U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzeggingservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.5 Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledig of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7 Klachten en geschillen

7.1 Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

7.1.1 U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2010, 8901 JA Leeuwarden. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@fgd-zorg.nl. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

7.1.2 U ontvangt van ons binnen 15 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 15 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. In plaats van naar de SKGZ te gaan, kunt u uw klacht ook voorleggen aan de arbiter voor financiële diensten in Malta (Office of the Arbiter for Financial Services, 1st Floor, St Calcedonius Square, Floriana FRN 1530, Malta, telephone +356 8007 2366 or +356 21 249 245 or complaint.info@financialarbiter.org.mt). Wij wijzen u erop dat de arbiter in Malta enkel zaken in behandeling neemt, als u een definitieve beslissing van ons op uw klacht heeft ontvangen. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2 Klachten over onze formulieren

7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2010, 8901 JA Leeuwarden. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@fgd-zorg.nl.

7.2.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Medische Garanties. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

3 Vergoedingen

Alternatief

Artikel 1 Alternatieve zorg

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben en voorkomen op de lijst Homeopathisch Geregistreerd Geneesmiddel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP);
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.

Vergoeding (voor de kosten van honorarium en geneesmiddelen samen)

- | | |
|-----------------|---|
| ● FGD-Basis | geen vergoeding |
| ● FGD-Extra | ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar met een maximum van € 40,00 per dag |
| ● FGD-Comfort | ten hoogste € 300,00 per kalenderjaar met een maximum van € 40,00 per dag |
| ● FGD-Royaal | ten hoogste € 500,00 per kalenderjaar met een maximum van € 40,00 per dag |
| ● FGD-Excellent | ten hoogste € 700,00 per kalenderjaar met een maximum van € 40,00 per dag |

Apotheek

Artikel 2 Eigen bijdrage geneesmiddelen (GVS)

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem voor zover deze geneesmiddelen volgens de Zorgverzekering worden vergoed.

Vergoeding

- | | |
|-----------------|---|
| ● FGD-Basis | geen vergoeding |
| ● FGD-Extra | geen vergoeding |
| ● FGD-Comfort | tot ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar |
| ● FGD-Royaal | tot ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar |
| ● FGD-Excellent | tot ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar |

Uitsluiting

De eigen bijdrage op ADHD-medicatie en anticonceptie wordt niet vergoed.

Artikel 3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva, pessarium en spiraaltes (IUD's).

Voorwaarde

Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Door

Apotheker of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra volledig (voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage)
- FGD-Comfort volledig (voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage)
- FGD-Royaal volledig (voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage)
- FGD-Excellent volledig (voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage)

Uitsluiting

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs Geneesmiddelenvergoedingssysteem) vanuit artikel 4.

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel worden, ongeacht de leeftijd van de verzekerde, vergoed vanuit de basisverzekering.

Artikel 4 Eigen bijdrage anticonceptie

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdrage die op grond van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem voor eigen rekening blijft bij een anticonceptiemiddel dat op grond van de aanvullende verzekering wordt vergoed.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra volledig voor verzekerden vanaf 21 jaar
- FGD-Comfort volledig voor verzekerden vanaf 21 jaar
- FGD-Royaal volledig voor verzekerden vanaf 21 jaar
- FGD-Excellent volledig voor verzekerden vanaf 21 jaar

Buitenland

Artikel 5 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland (exclusief VS en Canada)

Omschrijving

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland (exclusief VS en Canada) van ten hoogste 365 dagen. Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Vergoeding

- FGD-Basis volledig
- FGD-Extra volledig
- FGD-Comfort volledig
- FGD-Royaal volledig
- FGD-Excellent volledig

Bijzonderheden

- 1 Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de Zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter.
- 2 De vergoeding wordt uitbetaald in euro's. Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.
- 3 Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op onze alarmcentrale. Het telefoonnummer van de alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas. De zorgverzekeraar adviseert de verzekerde om de alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

Artikel 6 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf in de VS en Canada

Omschrijving

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland in de VS en/of Canada van ten hoogste 365 dagen. Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Vergoeding

- FGD-Basis 100% Nederlands tarief voor vergelijkbare zorg in Nederland (als aanvulling op de vergoeding van 100% Nederlands tarief vanuit uw basisverzekering)
- FGD-Extra 100% Nederlands tarief voor vergelijkbare zorg in Nederland (als aanvulling op de vergoeding van 100% Nederlands tarief vanuit uw basisverzekering)
- FGD-Comfort 100% Nederlands tarief voor vergelijkbare zorg in Nederland (als aanvulling op de vergoeding van 100% Nederlands tarief vanuit uw basisverzekering)
- FGD-Royaal 100% Nederlands tarief voor vergelijkbare zorg in Nederland (als aanvulling op de vergoeding van 100% Nederlands tarief vanuit uw basisverzekering)
- FGD-Excellent 100% Nederlands tarief voor vergelijkbare zorg in Nederland (als aanvulling op de vergoeding van 100% Nederlands tarief vanuit uw basisverzekering)

Bijzonderheden

- 1 Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de Zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter.
- 2 De vergoeding wordt uitbetaald in euro's. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.
- 3 Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op onze alarmcentrale. Het telefoonnummer van de alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas. De zorgverzekeraar adviseert de verzekerde om de alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

Artikel 7 Repatriëring vanuit het buitenland

Omschrijving

Het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van de zieke verzekerde vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland. Hieronder wordt verstaan:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding.

Door

De alarmcentrale, het telefoonnummer kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

Vergoeding

- FGD-Basis volledig voor de repatriëring
- FGD-Extra volledig voor de repatriëring
- FGD-Comfort volledig voor de repatriëring
- FGD-Royaal volledig voor de repatriëring
- FGD-Excellent volledig voor de repatriëring

Artikel 8 Vaccinatie in verband met verblijf in het buitenland

Omschrijving

Wegens vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten of reizigersadvisering en vaccinaties ter voorkoming van: hepatitis A en B, -A/B, DTP, BMR, gele koorts, tyfus en bloedonderzoek in verband met hepatitis B. De kosten van cocktailvaccins komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien op grond van dit artikel alle componenten van de cocktail afzonderlijk vergoed zouden worden.

Door

Huisarts, GGD, Travel Health Clinic, Encare Arbozorg of een arts die een LCR-accreditatie en gele koorts registratie heeft. Voor adressen zie www.lcr.nl.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	volledig
● FGD-Comfort	volledig
● FGD-Royaal	volledig
● FGD-Excellent	volledig

Extra vergoedingen

Artikel 9 Herstellingsoord

Omschrijving

Opname in erkende herstellingsoord. Een lijst met erkende herstellingsoord vindt u op onze website.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	geen vergoeding
● FGD-Comfort	ten hoogste €25,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per 3 kalenderjaren
● FGD-Royaal	ten hoogste €25,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per 3 kalenderjaren
● FGD-Excellent	ten hoogste €25,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per 3 kalenderjaren

Bijzonderheden

Als aanspraak bestaat op de in dit artikel genoemde zorg vanuit de Wlz, bestaat er geen aanspraak op grond van dit artikel.

Artikel 10 Ronald McDonaldhuis

Omschrijving

als uw kind(eren) of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hen in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaaltheuis Ter Weijde.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	vergoeding van de eigen bijdrage
● FGD-Comfort	vergoeding van de eigen bijdrage
● FGD-Royaal	vergoeding van de eigen bijdrage
● FGD-Excellent	vergoeding van de eigen bijdrage

Bijzonderheid

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aanspraak bestaat op opname of twee dagbehandelingen van de verzekerde die op aaneengesloten dagen plaatsvinden, in een ziekenhuis op grond van de zorgverzekering.

Als u een dagbehandeling moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, kunt u in het familie- of logeershuis overnachten. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Artikel 11 Therapeutische kindervakantiekampen

Omschrijving

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat recht op vergoeding van de deelnamekosten voor verblijf in:

- vakantiekamp van de Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- vakantiekamp van de Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- vakantiekamp van de Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- vakantiekamp van de Nederlands Hartstichting (Jump);
- vakantiekamp van de Stichting Heppie voor kinderen met astma en/of constitutioneel eczeem;
- vakantiekamp van de Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal ten hoogste €250,00 per kalenderjaar
- FGD-Excellent ten hoogste €500,00 per kalenderjaar

Machtiging

Ja.

Artikel 12 Hospice

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdrage die wordt gevraagd door een particuliere hospice of Bijna-Thuis-Huis.

Voorwaarde

De verzekerde dient een verwijzing van de huisarts te hebben.

Uitsluiting

Er wordt geen vergoeding verleend voor de eigen bijdrage huishoudelijke hulp en verpleging die u op grond van een Wlz verstrekking door het CAK in rekening wordt gebracht.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort € 30,00 voor de eigen bijdrage per dag, ten hoogste 90 dagen
- FGD-Royaal € 30,00 voor de eigen bijdrage per dag, ten hoogste 90 dagen
- FGD-Excellent € 30,00 voor de eigen bijdrage per dag, ten hoogste 90 dagen

Artikel 13 Vervangende mantelzorg

Omschrijving

Bent u gehandicapt of chronisch ziek en ontvangt u thuis mantelzorg? En kan uw mantelzorger voor een periode van één of enkele weken deze mantelzorg door omstandigheden niet verlenen. Onder deze omstandigheden verstaan wij verlof, vakantie of een ziekenhuisopname voor een planbare operatie van de mantelzorger. Dan vergoeden wij bij afwezigheid van die mantelzorg de kosten van vervangende zorg.

Voorwaarde

1 De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt ook de aanvraag. U kunt rechtstreeks contact opnemen met deze stichting via telefoonnummer 030 - 659 09 70.

2 U moet de zorg 8 weken van tevoren aanvragen.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	geen vergoeding
● FGD-Comfort	geen vergoeding
● FGD-Royal	maximaal 14 dagen per kalenderjaar
● FGD-Excellent	maximaal 14 dagen per kalenderjaar

Artikel 14 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving

Een mantelzorgmakelaar heeft als doel te voorkomen dat een mantelzorger overbelast raakt. Hij of zij kan u bijvoorbeeld helpen bij het regelen van zorg, welzijn en financiën, lastig regelwerk uit handen nemen, advies of u doorverwijzen naar de juiste organisaties.

U kunt een mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorger bent. Maar ook als u mantelzorg ontvangt. Niet allebei. De mantelzorgmakelaar stelt samen met u het aantal uren vast dat u nodig heeft.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	geen vergoeding
● FGD-Comfort	geen vergoeding
● FGD-Royal	maximaal € 500,- per kalenderjaar
● FGD-Excellent	maximaal € 500,- per kalenderjaar

Artikel 15 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

Omschrijving

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering(en). U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Medische Garanties. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Zo werkt zorgadvies

Voor alle vragen die u hebt over de zorg kunt u van ons zorgadvies krijgen. Denk daarbij aan het vinden van een nieuwe huisarts na een verhuizing of waar u het beste terecht kunt voor een bepaalde behandeling. Onze bemiddelaars kijken samen met u naar de mogelijkheden en geven u een advies. Natuurlijk ligt de keuze uiteindelijk altijd bij u. Via de Zorggids op onze website vindt u zelf eenvoudig een zorgverlener bij u in de buurt.

Second opinion

Bent u niet helemaal zeker over het oordeel of advies van uw behandelend specialist? Vraag dan een second opinion of advies aan. Neem daarvoor contact op met de afdeling Medische Garanties via het telefoonnummer 088 - 35 35 725. Het advies en de second opinion zijn gratis.

Zo werkt wachtlijstbemiddeling

Wachtlijstbemiddeling is er voor alle behandelingen waarvan u vindt dat u te lang moet wachten. Zodra u belt met ons voor wachtlijstbemiddeling, gaan wij voor u op zoek naar een behandeling bij een andere zorgverlener. Eerst zoeken we in uw regio, daarna in heel Nederland en daarna in België of Duitsland. Uiteraard zoeken we een alternatief dat minstens dezelfde kwaliteit van zorg levert.

Opname in alternatief ziekenhuis

Gaat het om een (dag)opname in een ziekenhuis, dan vindt altijd eerst een afspraak plaats met een specialist in het alternatieve ziekenhuis. Deze neemt niet automatisch het behandelingsadvies over van uw huidige ziekenhuis. Bovendien kan het zijn dat het alternatieve ziekenhuis bepaalde behandelingen niet op dezelfde manier kan uitvoeren. U bent ook voor alle onderzoeken, behandelingen, nazorg en eventuele complicaties aangewezen op het alternatieve ziekenhuis.

Sneller geholpen? Van de wachtlijst!

Bent u via wachtlijstbemiddeling geholpen in een ander ziekenhuis? Dan kunt u voor dezelfde aandoening vaak niet meer terecht in het ziekenhuis waar u daarvoor onder behandeling was. Zodra u uw gegevens opvraagt bij uw huidige ziekenhuis, wordt u daar namelijk van de wachtlijst gehaald. Wij raden u wel aan om u ook zelf af te melden. Zo voorkomt u dat u op twee wachtlijsten staat. Hebt u geen machtiging voor vervoer van en naar uw huidige ziekenhuis? Dan worden eventuele reiskosten niet vergoed.

Telefoonnummer Medische Garanties

Wilt u in aanmerking komen voor wachtlijstbemiddeling of zorgadvies? Dan kunt u bellen met onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling via 088 - 35 35 725.

Hebt u nog een algemene vraag over bijvoorbeeld de vergoeding van een behandeling of hoe u de zorg kunt aanvragen? Bel dan met onze Service Desk via 088 - 35 35 725.

Vergoeding

● FGD-Basis	volledig
● FGD-Extra	volledig
● FGD-Comfort	volledig
● FGD-Royaal	volledig
● FGD-Excellent	volledig

Hulpmiddelen

Artikel 16 Brillen en contactlenzen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte, met bijbehorende brilmonturen.

Door

Opticiën of optiekbedrijf.

Voorwaarde

De vergoedingsperiode begint in het kalenderjaar waarin u de bril/contactlenzen ontvangt.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	geen vergoeding
● FGD-Comfort	ten hoogste € 100,00 per 3 kalenderjaren
● FGD-Royaal	ten hoogste € 150,00 per 3 kalenderjaren
● FGD-Excellent	ten hoogste € 200,00 per 3 kalenderjaren

Artikel 17 Budget hulpmiddelen

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

A Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel. Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Wij hebben met een aantal leveranciers aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij onze voorkeursleveranciers uw audiologische hulpmiddelen aan te schaffen, dan levert u dat optimaal voordeel op. U kunt de voorkeursleveranciers vinden op onze website.

B Mammaprothese

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak en schoonmaakmiddelen die worden gebruikt na een borstampuatie.

C Pruiken

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van de pruik.

D Steunpessarium

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

E Plaswekker

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van wekapparatuur of plaswekker voor verzekerden van 7 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages.

Vergoeding

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt:

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort maximaal € 125,00 per kalenderjaar
- FGD-Royaal maximaal € 200,00 per kalenderjaar
- FGD-Excellent maximaal € 275,00 per kalenderjaar

Artikel 18 Diabetes testmaterialen

Als u diabetes mellitus type II hebt en geen gebruik maakt van insuline, dan kunt u tegen geringe bijbetaling diabetes testmaterialen bij onze voorkeursleveranciers bestellen.

Wij vergoeden:

- teststrips met lancetten;
- een startoakket.

Als u insuline gebruikt, dan krijgt u de diabetes testmaterialen vergoed vanuit de basisverzekering. Zie hiervoor het Reglement hulpmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

De testmaterialen dienen geleverd te worden door onze voorkeursleveranciers. De voorkeursleveranciers kunt u vinden op www.aevitae.com.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	geen vergoeding
● FGD-Comfort	ten hoogste €50,00 per kalenderjaar
● FGD-Royaal	ten hoogste €50,00 per kalenderjaar
● FGD-Excellent	ten hoogste €50,00 per kalenderjaar

Paramedische hulp

Artikel 19 Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

Vergeoed worden de kosten van medisch noodzakelijke zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Door

- 1 fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
 - 2 oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
 - 3 oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Uitsluiting

Met de in dit artikelgenoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie ofvormen van fitness die ertoe strekken de conditie door middel van training te bevorderen.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
● FGD-Comfort	maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar
● FGD-Royaal	maximaal 21 behandelingen per kalenderjaar
● FGD-Excellent	maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 20 Ergotherapie

Omschrijving

Vergoeden wij de kosten van 10 uur ergotherapie vanuit de basisverzekering? Dan vergoeden wij als aanvulling op deze vergoeding, de kosten van extra uren ergotherapie.

Voorwaarde

Voor het recht op vergoeding van deze extra uren gelden dezelfde voorwaarden als voor vergoeding van ergotherapie vanuit de basisverzekering.

Door

Ergotherapeut.

Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	geen vergoeding
● FGD-Comfort	ten hoogste 2 uur per kalenderjaar als aanvulling op de basisverzekering
● FGD-Royaal	ten hoogste 2 uur per kalenderjaar als aanvulling op de basisverzekering
● FGD-Excellent	ten hoogste 4 uur per kalenderjaar als aanvulling op de basisverzekering

Preventie

Artikel 21 Preventie

A Cursussen en voorlichting

Omschrijving

- 1 Cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen, zoals cursussen gericht op:
 - periode rondom zwangerschap;
 - voeding;
 - stoppen met roken;
 - eerste hulp aan kinderen.
- 2 Cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening. Zoals leren omgaan met diabetes, reuma, astma of dementie.

Door

- Omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, kraamcentrum, GGD of RIAGG.
- Omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).
- U dient een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons te overleggen.

B Dieetadvisering

Omschrijving

De kosten van dieetadvisering met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden.

Door

Dietist.

Een overzicht van de gecontracteerde dietisten kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een dietist waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten?

Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling.

C Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden sportmedisch onderzoek en sportkeuringen in een sportmedische instelling.

Voorwaarden

- De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de Federatie Sport Medische Instellingen.
- Er ligt geen zorgvraag aan ten grondslag.

D Algemene check-up (PreventieConsult/Preventief Medisch Onderzoek)

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van een algemene check-up. Een algemene check-up, ook wel PreventieConsult of Preventief medisch onderzoek, kan er voor zorgen dat aandoeningen als hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade op tijd worden ontdekt

Door

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Gaat u naar een andere zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

E Griepvaccinatie voor niet-risicogroepen

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van het griepvaccin dat wordt toegediend door een huisarts of medisch specialist. Het honorarium van de toedienend arts wordt niet vergoed.

F EHBO-cursus

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van een EHBO-cursus die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).

G Reanimatiecursus

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van een basis reanimatiecursus via een opleidingsinstituut welke geregistreerd is bij de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

H Gewichtconsulent

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtconsulent. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

I Lekker in je vel

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van een cursus lekker in je vel. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

J Mantelzorgcursus

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van een cursus mantelzorg. De cursus moet worden georganiseerd door de GGD, een thuiszorginstelling, patiëntenvereniging of een organisatie voor mantelzorgondersteuning.

K Valpreventie

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van een cursus Valpreventie. Een cursus valpreventie leert u om vallen te voorkomen.

L Rouwverwerking

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van rouwverwerking als u deze volgt bij een erkende organisatie.

M Slaapcursus

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van:

- a. Een online slaapcursus of 'de slaapcoach', waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.
- b. Een cursus slapen kun je leren. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

N Mindfulness

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van een Mindfulness training. De Mindfulness training moet gegeven worden door een trainer die is aangesloten bij de Vereniging Mindfulness Based trainers in Nederland en Vlaanderen (VMBN). Deze kunt u vinden op de website www.vmbn.nl.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra een budget voor bovengenoemde preventieve maatregelen (A t/m N) van € 125,00 per kalenderjaar
- FGD-Comfort een budget voor bovengenoemde preventieve maatregelen (A t/m N) van € 175,00 per kalenderjaar
- FGD-Royaal een budget voor bovengenoemde preventieve maatregelen (A t/m N) van € 225,00 per kalenderjaar
- FGD-Excellent een budget voor bovengenoemde preventieve maatregelen (A t/m N) van € 275,00 per kalenderjaar

Artikel 22 Consulten voor vrouwen

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van consulten voor vrouwen. Deze consulten hebben te maken met of zijn gericht op:

- De overgang.

Voorwaarden

- De consulten worden gegeven door een consultant, die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women of aangesloten bij een andere door ons erkende beroepsgroep, of een instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra ten hoogste € 100,00 per kalenderjaar
- FGD-Comfort ten hoogste € 100,00 per kalenderjaar
- FGD-Royaal ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar
- FGD-Excellent ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar

Artikel 23 Leefstijltrainingen

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van een leefstijltraining voor:

- a hartpatiënten;
- b whiplashpatiënten;
- c mensen met stress- en burn-outgerelateerde klachten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal eenmalig € 1.000,00 gedurende de looptijd van de verzekering
- FGD-Excellent eenmalig € 1.000,00 gedurende de looptijd van de verzekering

Tandheelkundige zorg

Artikel 24 Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden. De kosten van vervanging of reparatie na onzorgvuldig gebruik zijn uitgesloten van vergoeding.

Door

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal ten hoogste € 1.000,00 voor de gehele looptijd van de verzekering
- FGD-Excellent ten hoogste € 2.000,00 voor de gehele looptijd van de verzekering

Artikel 25 Eigen bijdrage gebitsprothese

Omschrijving

Vergoeding van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor een volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak voor verzekerden van 22 jaar en ouder.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal 50%
- FGD-Excellent 100%

Artikel 26 Tandartskosten als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Vergoeding aan verzekerden van 18 jaar en ouder van tandheelkundige zorg door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
- Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- grove schuld of opzet van de verzekerde;
- het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Vergoeding

- FGD-Basis ten hoogste € 10.000,- per ongeval. Reparatie gebitsprothese maximaal € 2.000,- gedurende de looptijd van de verzekering
- FGD-Extra ten hoogste € 10.000,- per ongeval. Reparatie gebitsprothese maximaal € 2.000,- gedurende de looptijd van de verzekering
- FGD-Comfort ten hoogste € 10.000,- per ongeval. Reparatie gebitsprothese maximaal € 2.000,- gedurende de looptijd van de verzekering
- FGD-Royaal ten hoogste € 10.000,- per ongeval. Reparatie gebitsprothese maximaal € 2.000,- gedurende de looptijd van de verzekering
- FGD-Excellent ten hoogste € 10.000,- per ongeval. Reparatie gebitsprothese maximaal € 2.000,- gedurende de looptijd van de verzekering

Therapieën

Artikel 27 Huidbehandelingen

A Acnebehandeling

Omschrijving

Acnebehandeling en de behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Indicatie

Ernstige vorm van acne.

Voorwaarde

U hebt een verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Door

Huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici of schoonheidsspecialist die in het bezit is van het vakdiploma specialisatie Acne. Dit vakdiploma moet geregistreerd zijn bij de ANBOS.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar
- FGD-Royaal ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar
- FGD-Excellent ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar

B Camouflagetherapie

Omschrijving

Behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, wijnvlekken en donkere of lichte vlekjes in de huid, inclusief de benodigde middelen.

Indicatie

Ernstige, blijvende ontsieringen van het gelaat en/of de hals en in het geval van spataderen, de benen.

Voorwaarde

U hebt een verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Door

Huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici of schoonheidsspecialist die in het bezit is van het diploma Voortgezette Opleiding of het vakdiploma specialisatie Camouflage Deze vakdiploma's moeten geregistreerd zijn bij de ANBOS.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort ten hoogste € 150,00 gedurende de looptijd van de verzekering
- FGD-Royaal ten hoogste € 200,00 gedurende de looptijd van de verzekering
- FGD-Excellent ten hoogste € 250,00 gedurende de looptijd van de verzekering

C

Epilatie

Omschrijving

Behandeling die gericht is op het definitief verwijderen van extreme haargroei op ongebruikelijke plekken in het gelaat en/of de hals.

Indicatie

Extreme haargroei in het gelaat.

Voorwaarde

U hebt een verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Door

Huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici of schoonheidsspecialist die in het bezit is van het diploma Voortgezette Opleiding of het vakdiploma specialisatie Elektrisch Ontharen, of, bij toepassing van technieken van ontharen met behulp van licht, het vakdiploma Ontharingstechnieken. Deze (vak)diploma's moeten geregistreerd zijn bij de ANBOS.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal ten hoogste € 200,00 gedurende de looptijd van de verzekering
- FGD-Excellent ten hoogste € 350,00 gedurende de looptijd van de verzekering

Artikel 28 Voetbehandelingen

Omschrijving

- 1 Podo(posturaal)therapie en sportpodothérapie. Hieronder wordt verstaan: behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten.
- 2 Podologie.
- 3 1 paar steunzolen of sportsteunzolen (en reparatie daarvan) die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Voorwaarde

U hebt een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist of, in geval van (sport)steunzolen, door een podotherapeut.

Door

- 1 voor behandelingen onder omschrijving, punt 1: podo(posturaal)therapeut of sportpodothérapeut.
- 2 voor behandelingen onder omschrijving, punt 2: podoloog.
- 3 voor punt 3: steunzolen of sportsteunzolen dienen geleverd te worden door een orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, of podotherapeut.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal een budget van € 150,00 per kalenderjaar voor bovengenoemde voetbehandelingen
- FGD-Excellent een budget van € 250,00 per kalenderjaar voor bovengenoemde voetbehandelingen

Vervoer

Artikel 29 Reiskosten ziekenbezoek

Omschrijving

Vergoeding van reiskosten voor een in het ziekenhuis opgenomen gezinslid binnen Nederland naar en van het ziekenhuis.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal vanaf de 8e opnamedag € 0,25 per kilometer tot maximaal € 500,00 per kalenderjaar
- FGD-Excellent vanaf de 8e opnamedag € 0,25 per kilometer tot maximaal € 500,00 per kalenderjaar

Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

Artikel 30 Correctie oorschelpen

Omschrijving

Behandeling van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

Verwijzing door

Huisarts of medisch specialist.

Machtiging

Ja, met toelichting van de behandelend plastisch chirurg of KNO-arts.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal volledig, na toestemming
- FGD-Excellent volledig, na toestemming

Artikel 31 Sterilisatie

Omschrijving

Sterilisatie in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huisartsenpraktijk door een medisch specialist of - als het een vasectomie (sterilisatie van de man) betreft - een bevoegd huisarts.

Uitsluiting

Ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal geen vergoeding
- FGD-Excellent volledig

Zorg in verband met zwangerschap en geboorte van een kind

Artikel 32 Verloskundige zorg

Omschrijving

De eigen bijdrage die voor rekening van de verzekerde komt in verband met een (poli)klinische bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of in een daartoe gecontracteerd geboortecentrum. Het betreft hier het verschil tussen het tarief dat het ziekenhuis in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend in die gevallen waarin de verzekerde aanspraak op de zorg heeft op grond van de zorgverzekering.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	geen vergoeding
● FGD-Comfort	geen vergoeding
● FGD-Royaal	75% van de eigen bijdrage
● FGD-Excellent	100% van de eigen bijdrage

Artikel 33 Kraampakket

Omschrijving

Een door de Zorgverzekeraar, in overleg met verloskundigen, samengesteld kraampakket. Alleen zwangere verzekerden kunnen aanspraak maken op deze vergoeding.

Bijzonderheden

De aanmelding voor kraamzorg en kraampakket dient uiterlijk 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden via telefoonnummer: 078 - 63 27 667.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	geen vergoeding
● FGD-Comfort	geen vergoeding
● FGD-Royaal	volledig
● FGD-Excellent	volledig

Artikel 34 Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving

De eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering. De aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren of dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de zorgverzekering betrekking heeft.

Vergoeding

● FGD-Basis	geen vergoeding
● FGD-Extra	geen vergoeding
● FGD-Comfort	geen vergoeding
● FGD-Royaal	75%
● FGD-Excellent	100%

Artikel 35 Nazorg moeder/pasgeborene

Omschrijving

De zorg betreft ondersteuning van de moeder en/of het kind die vanwege medische complicaties, ontstaan tijdens of na de bevalling, binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning heeft kunnen ontvangen.

De zorg omvat de verzorging van de moeder en de omgang met het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

Door

Een gediplomeerde kraamverzorgende of een verpleegkundige.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling
- FGD-Excellent maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling

Artikel 36 Lactatiekundig consult

Omschrijving

Consult lactatiekundige voor de moeder bij problemen met de borstvoeding in specifieke situaties.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal € 100,00 per zwangerschap
- FGD-Excellent € 150,00 per zwangerschap

Wie mag de zorg verlenen

Lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Verwijzing door

Verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL.

Artikel 37 Elektrische borstkolf

Omschrijving

De huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling, waarbij de moeder thuis verblijft.

Vergoeding

- FGD-Basis geen vergoeding
- FGD-Extra geen vergoeding
- FGD-Comfort geen vergoeding
- FGD-Royaal ten hoogste € 80,00 per bevalling
- FGD-Excellent ten hoogste € 80,00 per bevalling



FGD·ZORG

Meer weten?

Voor al uw vragen over de informatie in deze polisvoorwaarden kunt u terecht bij de ervaren medewerkers van onze Service Desk. Je kunt hen bereiken op werkdagen van 08.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 088-35 35 725.

Daarnaast vindt u alle antwoorden op veelgestelde vragen op www.fgdzorg.nl.

Postbus 2010
8901 JA Leeuwarden
Balthasar Bekkerwei 70
8914 BE Leeuwarden
info@fgd-zorg.nl