



Samen met 

Aanvullende en tandartsverzekering

Voorwaarden 2021

BESUREID

Be smart.

Inhoudsopgave

1. Algemene voorwaarden Aanvullende Verzekeringen	4
Artikel 1.1 Begripsomschrijvingen	4
Artikel 1.2 Aanmelding en inschrijving	8
Artikel 1.3 Ingangsdatum, duur en einde van jouw aanvullende verzekering	9
Artikel 1.4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico	11
Artikel 1.5 Premie	11
Artikel 1.6 Overige verplichtingen	13
Artikel 1.7 Wijziging van premie en/of voorwaarden	13
Artikel 1.8 Vergoedingen	14
Artikel 1.9 Mededelingen	18
Artikel 1.10 Bedenkperiode	18
Artikel 1.11 Uitsluitingen	18
Artikel 1.12 Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen	19
Artikel 1.13 Materiële controle en fraude	20
Artikel 1.14 Bescherming van jouw persoonsgegevens	21
Artikel 1.15 Klachten en geschillen	22
Artikel 1.16 Nederlands recht	24
2. Voorwaarden Besured Servicepakket	25
Artikel 2.1 Inleiding	25
Artikel 2.2 Service	25
Artikel 2.3 Vergoedingen en aanspraken	25
Artikel 2.4 Voorwaarden Promovendum Servicepakket	26

3. Aanvullende Verzekering All-in-1	27
Artikel 3.1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	27
Artikel 3.2 Anticonceptie/Sterilisatie	28
Artikel 3.3 Buitenland wereldwijd	29
Artikel 3.4 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	31
Artikel 3.5 Hulpmiddelen en eigen bijdrage	33
Artikel 3.6 Leefstijltraining	35
Artikel 3.7 Plastische chirurgie	35
Artikel 3.8 Sportmedisch onderzoek/keuring en fitness	35
Artikel 3.9 Stottertherapie	36
Artikel 3.10 Voetbehandeling/Podotherapie	36
4. Aanvullende Verzekering Love-2-Move	37
Artikel 4.1 Anticonceptie	37
Artikel 4.2 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	38
Artikel 4.3 Sportmedisch onderzoek/keuring en fitness	40
5. Aanvullende Verzekering Ready-2-Go	41
Artikel 5.1 Buitenland wereldwijd	41
6. Tandartsverzekering Smile	43
Artikel 6.1 Tandartspakket	43

1. Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden en het Besured servicepakket zijn van toepassing op alle in deze voorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende en tandartsverzekeringen.

Artikel 1.1 Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

Een aanvullende en/of tandartsverzekering ter aanvulling van Besured Basis Keuze.

Apotheekhoudende

(Internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

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.

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.

Besured Basis Keuze

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

CAK Volmacht B.V.

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

Consult alternatieve geneeswijze

Behandeling gedurende een aaneengesloten periode met een maximale duur van 1 uur waarin zorg aan verzekerde is verleend.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat je je meldt met jouw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 120 dagen.

Fraude

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

Fysiotherapeut

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

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)'

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit.

Oefentherapeut Cesar /Mensendieck

De oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Sanctiewet 1977

De Sanctiewet 1977 stelt wettelijke eisen aan (financiële) instellingen om hun integriteit te waarborgen en zo ongewenste handel, witwassen en terrorisme te bestrijden.

Sportmedische instelling

Een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Tandarts

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekering

Eén of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven ziektekostenverzekeringen, die als aanvulling op Besured Basis Keuze gesloten worden.

Verzekeringnemer

Degene die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wij/ons

De gevolmachtigde agent CAK Volmacht, aan wie door VGZ Zorgverzekeraar N.V. volmacht als bedoeld in artikel 4:79 Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend terzake uitvoering van zorgverzekeringen.

Wlz

De Wet langdurige zorg.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorgverzekeraar

VGZ Zorgverzekeraar N.V., gevestigd in Arnhem geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000666. Namens wie en voor wiens risico CAK Volmacht BV als gevolmachtigde agent zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) deze aanvullende verzekering uitvoert.

Artikel 1.2 Aanmelding en inschrijving

1.2.1

Je kan bij Besured een aanvullende verzekering afsluiten. Dit kan alleen in combinatie met Besured Basis Keuze.

Je meldt je aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het aanvraagformulier op onze website.

1.2.2

Kinderen jonger dan 18 jaar, krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde ouder/verzorger op de zorgverzekering. Een uitzondering hierop is de aanvullende tandartsverzekering. De vergoedingen in de aanvullende tandartsverzekering hebben alleen betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder.

1.2.3

Wij kunnen een aanvraag voor een aanvullende verzekering weigeren wanneer:

- a. jij (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
- b. jij je schuldig hebt gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 1.13 van deze verzekeringsvoorwaarden;
- c. de gegevens die jij met betrekking tot jouw gezondheidstoestand op het aanvraagformulier hebt weergegeven hiertoe aanleiding geven;
- d. jij op het moment van aanmelding al zorg nodig hebt of deze verwacht nodig te hebben, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen van de aanvullende verzekering.
- e. op grond van de Sanctiewet 1977.

Artikel 1.3 Ingangsdatum, duur en einde van jouw aanvullende verzekering

1.3.1 Ingangsdatum en duur van jouw aanvullende verzekering

Op het polisblad staat de ingangsdatum van jouw aanvullende verzekering vermeld. De verzekering loopt tot het einde van het jaar waarin deze is ingegaan. Na dit jaar wordt jouw aanvullende verzekering, samen met Besured Basis Keuze, automatisch verlengd voor een periode van een kalenderjaar.

1.3.2 Einde van jouw aanvullende verzekering

- a. Jij (verzekeringnemer) kunt jouw aanvullende verzekering beëindigen:
 - door ervoor te zorgen dat jouw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december door ons ontvangen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal uitgevoerde opzegging is onherroepelijk;
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als jij uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens jou (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als jij (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet jij (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van jouw nieuwe zorgverzekeraar.
- b. Wij beëindigen jouw aanvullende verzekering:
 - op een door ons te bepalen tijdstip, wanneer de verschuldigde bedragen binnen de door ons gestelde betalingstermijn (zoals in de tweede schriftelijke aanmaning is vermeld) nog niet zijn betaald. Voor het beëindigen van de aanvullende verzekering worden kosten in rekening gebracht.
 - als jij een aanvullende optie kiest;
 - als jij Besured Basis Keuze beëindigt.
- c. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van jouzelf als van de medeverzekerden;

- met onmiddellijke ingang:
 1. als je ons opzettelijk geen, niet volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
 2. als je hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.
 3. als er sprake is van fraude, zie artikel 1.13 van deze verzekeringsvoorwaarden.
- d. 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 zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren jou hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
 - de verzekerde overlijdt;
 - de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

Jij als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als je het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, dan zullen wij deze kosten bij jou (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij jou zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

1.3.3 Bewijs van einde

Als de verzekering eindigt, ontvang je een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de verzekering eindigt.

Artikel 1.4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn alleen van toepassing op Besured Basis Keuze en niet op de aanvullende verzekeringen.

Artikel 1.5 Premie

1.5.1 Hoogte van de premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

1.5.2 Betaling van premie

1.5.2.1

Je bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als je de premie per maand betaalt, dan brengen wij jou geen termijnbetalingstoeslag in rekening.

1.5.2.2

Je betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

1.5.2.3

Jouw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie en onterecht aan jou uitbetaalde vergoedingen. Jouw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren jou ten minste 2 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Ben je het niet eens met een afschrijving? Dan kun je het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met jouw bank.

Je mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat je nog van ons verwacht.

1.5.3 Niet-tijdige betaling

- a. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij de dekking schorsen. Wij vermelden hierbij wat de gevolgen zijn van het uitblijven van betaling. Wij gaan over tot schorsing nadat de verzekeringnemer zonder resultaat is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, beginnende op de dag na aanmaning. In geval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg bestaat vanaf de dag na aanmaning, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Behalve in geval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid c door ons zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- b. Indien de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid a niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij de overeenkomst beëindigen. Dit doen wij nadat de verzekeringnemer zonder resultaat is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, beginnend op de dag na aanmaning.
- c. In afwijking van lid a kunnen wij, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand, de dekking schorsen indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de eerste premie na het aangaan van de overeenkomst;
- d. Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk of per e-mail gedaan;
- e. Als wij maatregelen treffen tot incasso van de vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

1.5.4 Overlijden

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

Artikel 1.6 Overige verplichtingen

Je bent verplicht:

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

Als je jouw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij jouw recht op de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 1.7 Wijziging van premie en/of voorwaarden

1.7.1

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

1.7.2

Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer jij al verzekerd was.

1.7.3

Wanneer jij niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kun jij dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen jouw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.

1.7.4

Jij mag de wijziging niet weigeren wanneer de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van (een wijziging in) wettelijke regelingen.

Artikel 1.8 Vergoedingen

1.8.1

Je hebt recht op zorg als de zorg geleverd is tijdens de looptijd van jouw zorgverzekering. 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 datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Mocht de aanvullende verzekering gedurende het kalenderjaar zijn beëindigd, dan behoudt Besured het recht om de vergoeding in het betreffende kalenderjaar pro rata te berekenen. Dit betekent dat je geen aanspraak kunt maken op de in de voorwaarden genoemde maximale vergoedingen.

1.8.2

De zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vind je welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heb je geen recht op vergoeding.

1.8.3 Verwijzing, voorschrift en/of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heb je een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat je bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift of aanvraag voor toestemming moet voorafgaand aan de behandeling worden afgegeven. Op de verwijzing, het voorschrift of de aanvraag voor toestemming moeten de volgende gegevens vermeld staan:

- naam, adres en geboortedatum verzekerde;
- naam, functie, AGB-code en stempel van de praktijk en/of handtekening van de verwijzer;
- datum van afgifte;
- reden van verwijzing, diagnose en eventuele overige relevante gegevens.

Een verwijzing is tot één jaar na afgifte geldig.

Eénmalige diagnose bij chronische aandoeningen

Heb je een (blijvend) chronische aandoening, dan is een éénmalige verklaring als bewijs, waaruit deze diagnose blijkt, voldoende. Een actuele versie is dan niet nodig.

Toestemming

Je hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als je vooraf geen toestemming hebt gekregen, dan heb je geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Als je toestemming hebt voor verzekerde zorg geldt deze ook als je overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als je van jouw vorige zorgverzekeraar toestemming hebt ontvangen.

1.8.4 Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als je zelf een nota hebt ontvangen, dan kun je een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling, stuur ons alsjeblieft geen kopie, herinnering of aanmaning. Je kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- jouw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder;
- AGB-code (bij Nederlandse zorgaanbieder).

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.xe.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans, Italiaans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij jou vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren

Je declareert jouw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar mijn.besured.nl. Je moet de originele nota tot twee jaar na het indienen van de declaratie bewaren.

Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als je de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij jou terugvorderen of verrekenen met aan jou verschuldigde bedragen.

1.8.6 Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder.

1.8.7 Aanspraken bij verblijf in het buitenland

De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

Dit artikel is niet van toepassing op:

- artikelen die concrete voorwaarden stellen aan zorg die enkel in Nederland kan of mag worden gegeven;
- artikel 1.12 van de voorwaarden van de aanvullende verzekeringen.

Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.

1.8.7 Samenloop

a.

Jij kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:

- vanuit Besured Basis Keuze verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg;
- kosten die met het eigen risico van Besured Basis Keuze zijn verrekend, tenzij het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoed wordt vanuit de collectieve aanvullende verzekering;
- wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding vanuit Besured Basis Keuze, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.

b.

Er is geen dekking op grond van deze aanvullende verzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt:

- vanuit enige wet of andere voorziening of;
- door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering) al dan niet van oudere datum.

Als jij naast deze aanvullende verzekering een reisverzekering hebt afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt deze aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van deze aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling ter zake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering.

De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden. De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer een vrijwillig gekozen eigen risico of een vergoedingsmaximum van toepassing is en geneeskundige kosten hierdoor geheel of gedeeltelijk niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen.

1.8.8

Wanneer jij meerdere verzekeringen bij ons hebt afgesloten, komen de door jou ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:

- Besured Basis Keuze;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekeringen;
- de tandongevallenverzekering.

Artikel 1.9 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het bij ons laatst bekende adres, worden geacht jou te hebben bereikt. Als je er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan jou doen.

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail' als je daarvoor hebt gekozen. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

Artikel 1.10 Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heb je als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. Je kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

Artikel 1.11 Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);

- vergoeding van eigen bijdragen die of eigen risico dat je verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van kosten omdat je niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van zorg verleend door jou zelf, jouw partner, kind, ouder, of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend;
- vergoeding van zorg op voorschrift van jou zelf, jouw partner, kind, ouder, of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

Artikel 1.12 Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heb je zorg nodig als gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel:

Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heb je maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

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

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heb je naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat je een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor je in ieder geval (een deel van) jouw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat je minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat je ervan bent verzekerd dat je in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 1.13 Materiële controle en fraude

Materiële controle

Wij doen onderzoek naar de rechtmatigheid en doelmatigheid van gedeclareerde zorg. Wij controleren of de gedeclareerde zorg feitelijk is geleverd en of deze prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien jouw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden wij ons aan dat wat hierover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als je fraude pleegt, dan vervalt jouw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Dat geldt zowel voor zorg verleend door gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij jou terug. Je bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij jouw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is

aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van jouw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) en medepleger(s):

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting Centraal Informatie Systeem.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties. Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat jouw zorgverzekering(en) wordt (worden) beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met jou te sluiten. Jouw aanvullende (zorg)verzekering(en) kan (kunnen) ook worden beëindigd. Je kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij ons.

Artikel 1.14 Bescherming van jouw persoonsgegevens

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

Verwerking persoonsgegevens

Jouw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van jouw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles 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 je deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van jouw recht op premiekorting;

- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van jouw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacyverklaring van Besured. Je vindt de gedragscode en de Privacyverklaring op onze website.

Wij zijn wettelijk verplicht jouw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij jouw gegevens raadplegen bij de CIS, www.stichtingcis.nl.

Wil je meer informatie, jouw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? Je leest er alles over op www.besured.nl/privacyverklaring.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij jouw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt jouw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe je verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders jouw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij jou ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in jouw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

Artikel 1.15 Klachten en geschillen

Heb je een klacht? Leg jouw klacht voor aan de afdeling Kwaliteitszorg

Je kunt er van uit gaan dat wij alles rond jouw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor jouw klachten en suggesties. Je kunt jouw klacht gemakkelijk indienen via onze website of via het e-mailadres kwaliteitszorg@besured.nl.

Ben je niet in de gelegenheid om jouw klacht digitaal in te dienen? Dan kun je jouw klacht schriftelijk voorleggen aan Besured, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 622, 3300 AP Dordrecht. Deze afdeling handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover je ontevreden bent en wat volgens jou de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met jouw klacht mee. Je kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als je jouw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om jouw privacy te beschermen, hebben wij in dat geval jouw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij de klacht in behandeling.

Je ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op jouw klacht. Als je niet tevreden bent met de beslissing of als je binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kun je jouw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Je kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

Heb je een klacht over een zorgaanbieder? We adviseren jou dan om jouw klacht over onjuiste behandeling of kwaliteit van de zorg direct met de zorgaanbieder te bespreken. Meer informatie over de klachtenafhandeling door een zorgaanbieder vind je op de website van de zorgaanbieder of kan je opvragen bij de zorgaanbieder. Als je niet tevreden bent met de beslissing, dan kun je je klacht bij ons indienen via onze website of via het e-mailadres kwaliteitszorg@besured.nl. Ben je niet in de gelegenheid om jouw klacht digitaal in te dienen? Dan kun je jouw klacht schriftelijk voorleggen aan Besured, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 622, 3300 AP Dordrecht. Deze afdeling handelt namens de directie.

Klachten over onze formulieren

Vind je een formulier overbodig of ingewikkeld? Je kunt jouw klacht indienen via onze website of via het e-mailadres kwaliteitszorg@besured.nl. Het is ook mogelijk om jouw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan Besured, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 622, 3300 AP Dordrecht.

Je ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op jouw klacht over formulieren. Als je niet tevreden bent met het antwoord of als je binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kun je jouw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie

van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl.
Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe je een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 1.16 Nederlands recht

Op de aanvullende verzekeringen is het Nederlands recht van toepassing.

2. Voorwaarden Besured Servicepakket

Artikel 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overige service en aanspraken van de verzekeringsovereenkomst beschreven. Ter toelichting: deze overige service en aanspraken kunnen niet worden ontleend aan en zijn niet gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering.

Artikel 2.2 Verhaalsbijstand/Juridisch advies

Verhaalsbijstand en/of juridisch advies kan worden verleend bij:

- a. Het verhalen van door verzekerde geleden letselschade, als gevolg van een ongeval, op een wettelijk aansprakelijke derde of degene die daarvoor naar burgerlijk recht aansprakelijk is.
- b. Aanspraken op schadevergoedingen ten aanzien van aansprakelijke derden zowel op grond van een toerekenbare tekortkoming als op grond van een onrechtmatige daad als gevolg van medisch handelen.

De verhaalsbijstand wordt verleend door een met ons samenwerkende organisatie en alleen voor gebeurtenissen in Nederland. De betreffende organisatie beoordeelt en bepaalt of, en zo ja in hoeverre, verhaalsbijstand aan verzekerde wordt verleend. De van toepassing zijnde regeling (waar geen rechten aan kunnen worden ontleend) maakt geen deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en wordt desgewenst toegestuurd door ons.

Artikel 2.3 Vergoedingen en aanspraken

Voor een overzicht van de vergoedingen uit het Besured Servicepakket verwijzen wij jou naar de website www.besured.nl.

Artikel 2.4 Voorwaarden Besured Servicepakket

2.4.1 Buitenland

Als jij tijdens jouw tijdelijk verblijf in het buitenland onverwachts ziek wordt en spoedeisende hulp nodig hebt, neem dan contact op met de Alarmcentrale van Besured. Bij een ziekenhuisopname is dit verplicht. De hulpverleners van de Alarmcentrale staan dag en nacht klaar om te helpen als jij een arts wilt bezoeken, opgenomen moet worden in een ziekenhuis of als jij advies nodig hebt over een medisch probleem. Het telefoonnummer vind je op jouw zorgpas.

Je kunt rekenen op de volgende service:

- 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaarheid voor advies en hulp.
- Wereldwijde kennis van de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit van ziekenhuizen.
- Regelmatig contact met jouw behandelend arts in het buitenland door het medisch team van de Alarmcentrale tijdens een opname.
- Begeleiding tot en met jouw herstel in het buitenland.
- Het organiseren van een medische repatriëring indien noodzakelijk (in geval jij Besured Basis Keuze met aanvullende dekking hebt). Repatriëring is medisch noodzakelijk vervoer of vervoer van een stoffelijk overschot naar Nederland.

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de hulpverlening door de Alarmcentrale van Besured;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Alarmcentrale van Besured.

In geval van nood kun jij dag en nacht contact opnemen met de Alarmcentrale van Besured. Het telefoonnummer vind je op jouw zorgpas.

2.4.2 Zorgbemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert je bij welke zorgaanbieder je voor jouw zorgvraag terecht kunt. Ook als je te maken hebt met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kun je contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling.

3. Aanvullende verzekering All-in-1

Artikel 3.1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

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

Wij vergoeden 80% voor de gezamenlijke kosten tot een maximumbedrag van € 200,- per persoon per kalenderjaar. Per consult krijg jij een maximum van € 50,- vergoed. Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:
 - zijn voorgeschreven door een arts;
 - geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;
 - een volledig homeopathische samenstelling hebben;
 - zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- b. De alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van de zorgaanbieders die voldoen aan de door ons gestelde criteria vind je in onze [Zorgzoeker](#).
- c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.

Uitsluitingen

Wij vergoeden de kosten niet:

- wanneer de alternatief arts of therapeut tevens jouw huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- (laboratorium)onderzoek;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;
- van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz.;
- van mindfulness, cogmed, counselling, rouwverwerking en neurofeedback.

Artikel 3.2 Anticonceptie/Sterilisatie

3.2.1 Anticonceptie

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Besured Basis Keuze):

- NuvaRing;
- Spiraal (hormoon/koper);
- Implanon;
- De anticonceptiepil;
- Condooms (ongeacht de leeftijd van de verzekerde);
- Prikpil.

Voorwaarden voor vergoeding

- De anticonceptiva moeten zijn geleverd door een gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- Wij vergoeden de anticonceptiva tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Een eventuele eigen bijdrage valt niet onder de vergoeding;
- Wij vergoeden de kosten voor het plaatsen van een spiraal/Implanon vanuit Besured Basis Keuze. Als de huisarts de spiraal/Implanon plaatst, dan verrekenen wij de kosten niet met het eigen risico. Als de spiraal/Implanon wordt geplaatst in een ziekenhuis/gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, dan verrekenen wij de kosten en de spiraal/Implanon met het nog niet verbruikte eigen risico.
- Condooms worden vergoed tot een maximumbedrag van € 20,- per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts. Ga je naar een apotheker of apotheekhoudende huisarts waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde apothekers en apotheekhoudende huisartsen vind je op onze website. Wij vergoeden deze zorg ook als je naar een apotheker in het buitenland gaat. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

3.2.2 SOA Preventie

Wij vergoeden eenmalig de kosten van een SOA preventieconsult per jaar.

Uitsluiting

Een SOA test wordt vergoed vanuit Besured Basis Keuze en verrekend met het nog niet verbruikte eigen risico.

3.2.3 Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie.

Uitsluiting

Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgverlener. Ga je naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Voor een vasectomie (sterilisatie van de man) kun je ook naar een huisarts. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vind je op onze website.

Artikel 3.3 Buitenland wereldwijd

3.3.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland.

Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van Besured Basis Keuze recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van jou naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige zorg tot het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden alleen vergoed wanneer deze ook in Nederland vanuit Besured Basis Keuze voor vergoeding in aanmerking zouden zijn gekomen.
- Jij moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale van Besured. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vind je op jouw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer jij een Aanvullende Tandartsverzekering hebt. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

3.3.2 Repatriëring/vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;
- vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximumbedrag van € 7.000,-.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale van Besured. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vind je op jouw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

3.3.3 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een vakantie reis naar het buitenland:

- Malaria;
- Difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- Gele koorts;
- Tyfus;
- Cholera;
- Hepatitis A en B.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten voor een consult alleen in combinatie met de kosten van de vaccinatie van één van de genoemde ziekten.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgverlener. Ga je naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vind je op onze website. Wij vergoeden deze zorg ook als je naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- voor een recept of overige toeslagen;
- van zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die je in Nederland zonder recept kunt kopen.

Artikel 3.4 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van

Besured Basis Keuze recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Vergoeding

Wij vergoeden maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult maximaal het bedrag zoals opgenomen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg aanvullende zorgverzekeringen' of 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' tot 10 behandelingen per kalenderjaar (aangevuld tot een vergoeding van € 300,- indien de maximale vergoeding van € 300,- na 10 behandelingen nog niet bereikt is) voor:

- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde oefentherapeut.

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapie:

fysiotherapeut, heilgymnast-masseur of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut.

De gespecialiseerde fysiotherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

Oedeemtherapie:

oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

De oedeem(fysio)therapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

De huidtherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Oefentherapie Cesar/Mensendieck:

oefentherapeut Cesar/Mensendieck of een gespecialiseerde oefentherapeut.

Een gespecialiseerde oefentherapeut is een kinderoefentherapeut, bekkenoefentherapeut of een geriatrie-oefentherapeut.

De (gespecialiseerde) oefentherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een individuele of groepsbehandeling, die slechts het doel heeft om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen, zoals (medische) fitness, zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- verband- en hulpmiddelen die jouw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- hydrotherapie.

Artikel 3.5 Hulpmiddelen en eigen bijdrage

3.5.1 Vergoeding eigen bijdrage

Wij vergoeden de eigen bijdrage die jij verschuldigd bent bij de aanschaf van een pruijk op grond van Besured Basis Keuze. Hierbij geldt een maximumbedrag van € 50,- per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien jij recht hebt op vergoeding van een pruijk vanuit Besured Basis Keuze.

3.5.2 Vergoeding brillen, brillenglazen en contactlenzen

Wij vergoeden voor een bril of lenzen vanaf + of - 3 dioptrieën (sferisch, cilindrisch of additioneel), een bedrag van € 115,- per jaar.

Dioptrie-eis

Er moet sprake zijn van één van de volgende dioptrieën:

- de sferische sterkte is minimaal -3 of +3;
- de cilindrische sterkte is minimaal -3 of +3;
- de additionele sterkte is minimaal -3 of +3;
- de sferische sterkte plus de helft van de cilindrische sterkte is 3 of hoger.

Voorwaarden voor vergoeding

- De nota moet de volgende informatie bevatten:
 - jouw naam, adres en geboortedatum;
 - soort bril of lenzen, het bedrag per verstrekking en de datum van de levering;
 - naam en adres van de zorgaanbieder.
- Wij vergoeden de kosten van nachtlenzen alleen als de oogafwijking op de factuur vermeld staat en deze voldoet aan bovengenoemde dioptrieën.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- zonnebrillen;
- prismabrillen;
- losse monturen en/of accessoires;
- gekleurde contactlenzen;
- leasen van een bril;
- lenzenvloeistof.

3.5.3 Vergoeding overige hulpmiddelen

- De (huur)kosten van een plaswekker bij nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes en bandages. De vergoeding is eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering. Je kunt hiervoor terecht bij een leverancier van plaswekkers.
- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximumbedrag van € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.

Artikel 3.6 Leefstijltraining

Wij geven een tegemoetkoming van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van een basis leefstijltraining georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching in Zwolle voor mensen met stress en burn-out gerelateerde klachten.

Voorwaarde voor vergoeding

Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 3.7 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand (flaporen) voor kinderen tot en met 12 jaar in een gecontracteerd ziekenhuis/gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten jou vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven;
- De buitenste oorrand moet meer dan 2,5 centimeter van het oor staan.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Artikel 3.8 Sportmedisch onderzoek/keuring en fitness

Wij vergoeden:

- een sportmedisch onderzoek/keuring bij een sportarts of Sportmedische instelling (aangesloten bij het FSMI) tot een maximumbedrag van € 115,- per 2 kalenderjaren;
- gedurende de looptijd van de verzekering eenmalig een bedrag van € 25,- van de inschrijfkosten van een fitnessclub. Wij vergoeden de inschrijfkosten na ontvangst van een bewijs van inschrijving en een bewijs van betaling.

Artikel 3.9 Stottertherapie

Wij vergoeden per persoon een maximumbedrag van € 350,- voor de gehele duur van de verzekering.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie volgens:

- de behandelmethode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- de behandelmethode BOMA van het instituut 'De Pauw' te Hoofddorp;
- de behandelmethode Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken te Zutphen.

Artikel 3.10 Voetbehandeling/Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut, podokinesioloog of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximumbedrag van € 70,- per persoon per kalenderjaar.

Wij vergoeden deze zorg ook als je naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Uitsluiting

Orthopedische (steun-/inleg) zolen, vervaardigd door een orthopedisch schoenmaker/orthopedisch centrum, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

4. Aanvullende verzekering Love-2-Move

Artikel 4.1 Anticonceptie

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Besured Basis Keuze):

- NuvaRing;
- Spiraal (hormoon/koper);
- Implanon;
- De anticonceptiepil;
- Condooms (ongeacht de leeftijd van de verzekerde);
- Prikpil.

Voorwaarden voor vergoeding

- De anticonceptiva moeten zijn geleverd door een gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- Wij vergoeden de anticonceptiva tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Een eventuele eigen bijdrage valt niet onder de vergoeding;
- Wij vergoeden de kosten voor het plaatsen van een spiraal/Implanon vanuit Besured Basis Keuze. Als de huisarts de spiraal/Implanon plaatst, dan verrekenen wij de kosten niet met het eigen risico. Als de spiraal/Implanon wordt geplaatst in een ziekenhuis/gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, dan verrekenen wij de kosten en de spiraal/Implanon met het nog niet verbruikte eigen risico;
- Condooms worden vergoed tot een maximumbedrag van € 20,- per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts. Ga je naar een apotheker of apotheekhoudende huisarts waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde apothekers en apotheekhoudende huisartsen vind je op onze website. Wij vergoeden deze zorg ook als je naar een apotheker in het buitenland gaat. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Artikel 4.2 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van Besured Basis Keuze recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Vergoeding

Wij vergoeden maximaal 8 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult maximaal het bedrag zoals opgenomen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg aanvullende zorgverzekeringen' of 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' tot 8 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde oefentherapeut.

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapie:

fysiotherapeut, heilgymnast-masseur of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut.

De gespecialiseerde fysiotherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

Oedeemtherapie:

oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

De oedeem(fysio)therapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

De huidtherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Oefentherapie Cesar/Mensendieck:

oefentherapeut Cesar/Mensendieck of een gespecialiseerde oefentherapeut.

Een gespecialiseerde oefentherapeut is een kinderoefentherapeut, bekkenoefentherapeut of een geriatrie-oefentherapeut.

De (gespecialiseerde) oefentherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een individuele of groepsbehandeling, die slechts het doel heeft om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen, zoals (medische) fitness, zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- verband- en hulpmiddelen die jouw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- hydrotherapie.

Artikel 4.3 Sportmedisch onderzoek/keuring en fitness

Wij vergoeden:

- een sportmedisch onderzoek/keuring bij een sportarts of Sportmedische instelling (aangesloten bij het FSMI) tot een maximumbedrag van €115,- per 2 kalenderjaren;
- gedurende de looptijd van de verzekering eenmalig een bedrag van € 25,- van de inschrijfkosten van een fitnessclub. Wij vergoeden de inschrijfkosten na ontvangst van een bewijs van inschrijving en een bewijs van betaling.

5. Aanvullende verzekering Ready-2-Go

Artikel 5.1 Buitenland wereldwijd

5.1.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland.

Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van Besured Basis Keuze recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van jou naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige zorg tot het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden alleen vergoed wanneer deze ook in Nederland vanuit Besured Basis Keuze voor vergoeding in aanmerking zouden zijn gekomen.
- Jij moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale van Besured. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vind je op jouw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer jij een Aanvullende Tandartsverzekering hebt. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

5.1.2 Repatriëring/vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;
- vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximumbedrag van € 7.000,-.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale van Besured. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vind je op jouw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

6. Tandartsverzekering Smile

Artikel 6.1 Tandartspakket

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus conform de door de NZa gemaximeerde tarieven. Dit geldt ook voor behandelingen die in het buitenland hebben plaatsgevonden. Ook vergoeden wij de kosten voor eenvoudige extracties en implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door een kaakchirurg.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- keuringsrapporten en niet nagekomen afspraken;
- uitwendig bleken van tanden en kiezen;
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor;
- orthodontie;
- abonnementen;
- tandheelkundige verklaring;
- algehele narcose (A20);
- mondbeschermers (M61).

De totale vergoeding is maximaal € 350,- (inclusief techniekkosten) per persoon per kalenderjaar.