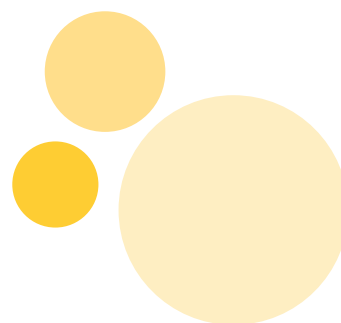




Aanvullende Verzekeringsvoorwaarden 2018

MiX Aanvullende Verzekering



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Leeswijzer	2	PREVENTIE	6
I Algemeen gedeelte	3	Artikel 6 Cursussen	6
Artikel 1 Algemeen	3	Artikel 7 Gezondheidstest	6
Artikel 2 Vergoeding van de kosten van zorg	3	Artikel 8 Gewichtscounselant	6
Artikel 3 Begin, duur en beëindiging van de MiX Aanvullende Verzekering	3	Artikel 9 Sportmedisch advies	7
		Artikel 10 Zorg voor vrouwen in de overgang	7
		Artikel 11 Griepvaccinatie	7
		Artikel 12 Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	7
BEWEEGZORG	4	DIËTETIEK	8
Artikel 4 Beweegzorg	4	Artikel 13 Diëtetiek	8
Artikel 5 Ergotherapie	5	PSYCHOLOGISCHE ZORG	8
		Artikel 14 Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar	8
		VERZUIM	9
		Artikel 15 Huishoudelijke hulp	9
		Artikel 16 Taxivervoer	9
III Begripsomschrijvingen	10		

Leeswijzer

De MiX Aanvullende Verzekering is een speciale aanvullende verzekering waarin vergoedingen op het gebied van zorg en verzuimpreventie zijn gecombineerd. Deze verzekering biedt u (extra) vergoedingen en/of diensten op het gebied van preventie ter bevordering van een gezonde leefwijze en ter voorkoming van verzuim.

Als u een aanvullende verzekering van VGZ hebt afgesloten, dan is er sprake van een overlapping tussen de MiX Aanvullende Verzekering en uw aanvullende verzekering. Dit geldt, voor zover deze zorg ook in uw aanvullende verzekering is opgenomen, voor Beweegzorg, onderdelen van Preventie, Mindfulness bij burn-out klachten, Huishoudelijke hulp en Diëtetiek. Als u op grond van de MiX Aanvullende Verzekering recht hebt op vergoeding van de kosten van deze zorg, dan vervalt uw aanspraak vanuit uw aanvullende verzekering. Hebt u een MiX Aanvullende Verzekering en een VGZ Gezin Uitgebreid? Dan ontvangt u een vergoeding uit beide aanvullende verzekeringen voor Huishoudelijke hulp.

De aanvullende verzekeringen zijn: VGZ Aanvullend Goed, VGZ Aanvullend Beter, VGZ Aanvullend Best, VGZ Jong Uitgebreid, VGZ Single/Duo Uitgebreid, VGZ Gezin Uitgebreid, VGZ Vitaal Uitgebreid.

I Algemeen gedeelte

Artikel 1 Algemeen

De artikelen 1.1, 1.2, 1.5 (1.6 van VGZ Eigen Keuze), 1.7 tot en met 1.12, 2.3 tot en met 2.8, 2.10, 3, 4, 5.1, 6.1, 6.4, en 10, en hoofdstuk III zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeringen van VGZ 2018 zijn overeenkomstig van toepassing op de MiX Aanvullende Verzekering.

Daarnaast gelden voor de MiX Aanvullende Verzekering de bepalingen over premie(betaling), toetredingsmomenten, aanmelding en toelating zoals deze zijn bepaald in de collectieve overeenkomst gesloten tussen uw werkgever en ons. In aanvulling hierop of afwijking hiervan gelden onderstaande bepalingen.

Artikel 2 Vergoeding van de kosten van zorg

2.1 U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. U hebt recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

2.1.1 Zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u gebruikmaakt van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

2.1.2 Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar voor de betreffende zorg geen contract heeft gesloten? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

2.1.3 Zorg verleend door een niet-aangewezen zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

2.2 Budget

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.

Artikel 3 Begin, duur en beëindiging van de MiX Aanvullende Verzekering

Einde van rechtswege

De MiX 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 uit voeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de MiX Aanvullende Verzekering. Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.
- u niet meer deel kunt nemen aan de collectieve overeenkomst of de zorgverzekering eindigt.

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

II Zorgartikelen

BEWEEGZORG

Artikel 4 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

Omschrijving

Beweegzorg bestaat uit:

- 1 fysiotherapie;
- 2 oefentherapie Cesar/Mensendieck;
- 3 oedeemtherapie;

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

- 4 chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, hopto-therapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen

- 1 Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut. Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- 2 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.
- 3 Oedeemtherapie: oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut. De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
- 4 Alternatieve bewegingstherapieën: een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Wordt de zorg, zoals beschreven onder punt 1 tot en met 3, verleend door een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

Let op

De zorgverzekeraar heeft voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website. Voor fysiotherapie vanwege a-specifieke lage rugklachten en fysiotherapie na vervanging van een heup of een knie maakt de zorgverzekeraar speciale afspraken met een aantal zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie op onze website.

Wordt de zorg, zoals beschreven onder punt 4, verleend door een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar voor alle beweegzorg samen; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal €45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar.

Bijzonderheden

Jonger dan 18 jaar

- 1 Niet-chronische aandoeningen: u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering.

18 jaar en ouder

- 2 Chronische aandoeningen: u hebt recht op vergoeding van de eerste 20 behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen in uw aanvullende verzekering. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).
- 3 Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar: vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de 10e behandeling. De eerste 9 behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering.
- 4 Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen): vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 38e behandeling. De eerste 37 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.
- 5 Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht: vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 13e behandeling. De eerste 12 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.

Alle leeftijden

- 6 Een screening, intake en onderzoek op dezelfde dag telt als 1 behandeling. Als een screening, intake en onderzoek niet op dezelfde dag plaatsvinden, dan telt dit als twee behandelingen;
- 7 U hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
 - arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
 - re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
 - behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainings-therapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.
- 8 U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 5 Ergotherapie

Omschrijving

Aanvullende vergoeding voor ergotherapie op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 10 uur ergotherapie. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling op de vergoeding uit de zorgverzekering.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De zorgverzekeraar heeft voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

Maximaal 7 uur per kalenderjaar.

PREVENTIE

Een budget voor preventie bestaande uit:

Artikel 6 Cursussen

Omschrijving

- Cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van, of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- Cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
- Cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO;
- Reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl.

Artikel 7 Gezondheidstest

Omschrijving

Integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- visusonderzoek;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

De gezondheidstest mag uitgebreid worden met:

- audiologische screening;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek.

Wie mag de zorg verlenen

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

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van kosten voor:

- preventief medisch onderzoek naar kanker of andere ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is;
- preventief medisch onderzoek als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet;
- MRI-, CT-scans en zogenaamde total body scans. Uit de nota moet blijken welke onderzoeken deel uitmaken van de gezondheidstest.

Artikel 8 Gewichtconsulent

Omschrijving

Voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen

Gewichtconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN). Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

Artikel 9 Sportmedisch advies

Omschrijving

Vergoeding voor sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen

Sportarts (medisch specialist).

Bijzonderheden

Onder de zorgverzekering valt:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding door sportartsen binnen een revalidatietraject;
- diagnostiek en behandeling van bepaalde blessures aan het houding-/bewegingsapparaat door (over)belasting door de sportarts. Deze zorg krijgt u niet vergoed uit de aanvullende verzekering.

Artikel 10 Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving

Voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

Artikel 11 Griepvaccinatie

Omschrijving

Vaccinatie ter voorkoming van griep, de 'griep prik'. In overleg met de werkgever wordt eenmaal per jaar een datum afgesproken. De werkgever stelt binnen zijn bedrijf een ruimte beschikbaar.

Wie mag vaccinatie verzorgen

Een door ons in te huren verpleegkundige.

Artikel 12 Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving

Als u op reis gaat naar het buitenland, dan vergoeden wij de kosten van noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococci) meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Codinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Wie mag de zorg verlenen

Vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR-registratie en gelekoortsregistratie heeft. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Codinatiecentrum Reizigersad-visering (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gelekoortsregistratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

Het totale budget voor preventie bedraagt

Maximaal € 750 per kalenderjaar.

DIËTETIEK

Artikel 13 Diëtetiek

Omschrijving

Voorlichting zoals diëtisten die plegen te bieden met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 3 uur diëtetiek. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma (als u 16 jaar of ouder bent) en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden van onze zorgverzekeringen. Dan wordt de diëtetiek voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website.

Wordt de zorg verleend door een diëtist waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

Waar moet de zorg plaatsvinden

De zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

Maximaal € 500 per kalenderjaar.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 14 Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen

Mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Vergoeding

Maximaal € 350 per kalenderjaar.

Indicatie

Burn-out klachten.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts.

VERZUIM

Artikel 15 Huishoudelijke hulp

Omschrijving

- 1 Het bieden van huishoudelijke hulp aan u, als u een huishoudelijke hulpvraag hebt, omdat u of uw partner op dat moment tijdelijk is uitgevallen door bijvoorbeeld ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname.
- 2 Het bieden van huishoudelijke hulp aan u om herstel van uw letsel te bevorderen.

Op het moment van aanvragen van huishoudelijke hulp wordt een hervatting van de werkzaamheden binnen drie maanden verwacht. De huishoudelijke hulp omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van uw huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op uw woonadres, zoals dat bij ons bekend is.

Het doel van de huishoudelijke hulp is

- het voorkomen van verzuim bij calamiteiten in de gezinssituatie;
- bevordering van herstel van letsel.

De hulp wordt geboden in blokken van ten minste 3 uur per dag. Dit betekent maximaal 10 blokken van 3 uur. De hulp dient in een periode van maximaal 10 weken ingepland te worden.

Wie mag de huishoudelijke hulp leveren

Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde organisatie. De hulp kan op werkdagen van 07.00 uur tot 20.00 uur worden ingezet. Weekenden en feestdagen zijn uitgesloten.

Maakt u geen gebruik van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde organisatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Indicatie

Tijdelijke uitval met als gevolg verzuim, van u als werknemer door ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname van u of uw partner, waarbij een herstel binnen drie maanden is te verwachten.

Aan te vragen door

Uw direct leidinggevende of een personeelsfunctionaris van uw werkgever. De aanvraag moet voorzien zijn van:

- uw klantnummer, naam, adres, woonplaats, geboortedatum;
- het telefoonnummer waarop u bereikbaar bent;
- een korte beschrijving van de indicatie/situatie.

Vergoeding

Eenmaal per kalenderjaar maximaal 30 uur.

Bijzonderheden

- 1 Uw leidinggevende of een personeelsfunctionaris kan een e-mail sturen naar ons met daarin de volgende gegevens: naam, adres en woonplaats, klantnummer en telefoonnummer van de werknemer. Bellen kan tijdens kantooruren, telefoonnummer: 088 - 35 35 763;
- 2 De huishoudelijke hulp wordt binnen 3 werkdagen na aanmelding bij ons geboden bij u thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
- 3 U hebt geen aanspraak op huishoudelijke hulp als de tijdelijke uitval verband houdt met een chronische aandoening;
- 4 De zorg wordt vooraf voor de hele periode ingepland;

- 5 Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging;
6 De huishoudelijke hulp wordt alleen geboden in Nederland.

Artikel 16 Taxivervoer

Omschrijving

Taxivervoer tussen uw woon- en verblijfplaats en uw werklocatie voor zover vervoer per openbaar vervoer of eigen auto om medische redenen niet mogelijk is.

Wie mag het vervoer verzorgen

Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde vervoerder. Maakt u geen gebruik van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde vervoerder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aan te vragen door

Uw direct leidinggevende of een personeelsfunctionaris van uw werkgever.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De aanvraag moet vergezeld gaan van een verklaring van uw leidinggevende of een personeelsfunctionaris waaruit blijkt dat openbaar vervoer of eigen vervoer niet mogelijk is in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit. U vindt het aanvraagformulier woon-werkvervoer op onze website.

Vergoeding

maximaal €350 per kalenderjaar.

III Begripsomschrijvingen

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

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, vooraf aan de afname van die bepaalde zorg.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Zorgverzekeraar, de/VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöratie VGZ

U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.