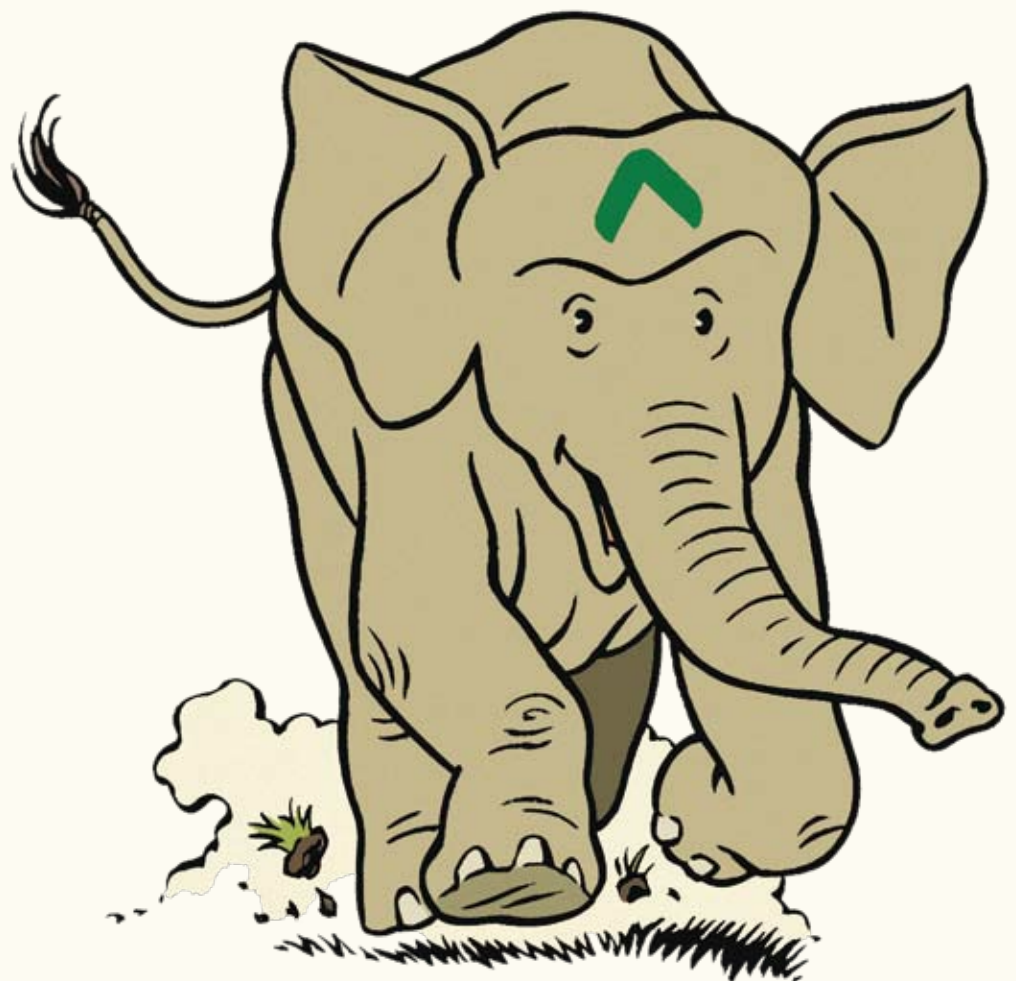


DSW

Polisvoorwaarden 2010



Inhoudsopgave

I. Algemeen Gedeelte

Artikel 1	Begripsomschrijvingen	4
Artikel 2	Grondslag van de zorgverzekering	9
Artikel 3	Werkgebied	10
Artikel 4	Begin van de zorgverzekering	10
Artikel 5	Duur van de zorgverzekering	11
Artikel 6	Beëindiging van de zorgverzekering	11
Artikel 7	Premie	12
Artikel 8	Herziening van de premie	13
Artikel 9	Verplicht eigen risico	14
Artikel 10	Vrijwillig eigen risico	14
Artikel 11	Buitenland	16
Artikel 12	Aansprakelijkheid van derden	17
Artikel 13	Verplichtingen van de verzekerde	17
Artikel 14	Fraude en/of opzettelijke misleiding	18
Artikel 15	Onrechtmatige inschrijving	18
Artikel 16	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	19
Artikel 17	Overige voorwaarden	19
Artikel 18	Geschillen	20

Inhoudsopgave

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 19	Prestatiewijze en dekking	21
Artikel 20	Huisartsenzorg	22
Artikel 21	Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)	22
Artikel 22	In-vitrofertilisatie	23
Artikel 23	Verpleging zonder verblijf	23
Artikel 24	Verloskundige zorg en kraamzorg	24
Artikel 25	Revalidatie	26
Artikel 26	Organtransplantaties	26
Artikel 27	Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	27
Artikel 28	Mechanische beademing	27
Artikel 29	Oncologische aandoeningen bij kinderen	28
Artikel 30	Trombosedienst	28
Artikel 31	Erfelijkheidsonderzoek	28
Artikel 32	Audiologische zorg	29
Artikel 33	Paramedische zorg	29
Artikel 34	Mondzorg	30
Artikel 35	Farmaceutische zorg	33
Artikel 36	Hulpmiddelenzorg	34
Artikel 37	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	34
Artikel 38	Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ	36
Artikel 39	Specialistische GGZ	36
Artikel 40	Dyslexiezorg	37
Artikel 41	Uitsluitingen	38
Premiebijlage		
	Grondslag van de premie	39
	Kortingen bij het vrijwillig eigen risico	39

I. Algemeen gedeelte

De navolgende begripsbeschrijvingen en artikelen zijn uitsluitend van toepassing op de onderhavige verzekeringsovereenkomst, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Voorzover door u tevens een aanvullende verzekering is gesloten, wordt voor de bepaling van uw recht op vergoedingen verwezen naar de specifieke, op die verzekering toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Ambulancevervoer:	Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.
Apotheekhoudend huisarts:	Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en ingevolge de Geneesmiddelenwet bevoegd is om geneesmiddelen ter hand te stellen.
Apotheker:	Een apotheker, die als gevestigd apotheker staat ingeschreven in het door het Staatstoezicht op de volksgezondheid ingestelde register van gevestigde apothekers.
Bedrijfsarts:	Een arts die is ingeschreven als arts voor arbeid en gezondheid in het door de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.
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 geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Bureau Jeugdzorg:	Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.
Centrum voor bijzondere tandheelkunde:	Een universitair of een bij de vereniging Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) aangesloten centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij voor de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is 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.
Dagbehandeling:	Opname korter dan 24 uur.
Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):	Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg en specialistische GGZ. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling.

Het DBC-traject begint op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag (de DBC wordt geopend) 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).
Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ:	Diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van niet complexe, psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet noodzakelijk.
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-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
Farmaceutische zorg:	De ter handstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door DSW Zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg en ter handgesteld door een erkende en geregistreerde apotheker of apotheekhoudend huisarts.
Fysiotherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
Fraude:	Het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Gezondheidszorgpsycholoog:	Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
GGZ-instellingen:	Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten.
Huisarts:	Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
Hulpmiddelenzorg:	De zorg die voorziet in vergoeding van de bij ministeriële regeling aangewezen functionerende hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door DSW Zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
Kaakchirurg:	Een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
Ketenzorg:	Zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt leveren.
Kinder- en Jeugdpsycholoog:	Degene die in het bezit is van de kwalificatie Kinder- 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, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door DSW Zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.
Kraamhotel:	Een instelling waar de verzekerde kan bevallen en/of (een deel van) de kraamtijd kan doorbrengen.
Kraamzorg:	De zorg die wordt verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind verzorgt en die verbonden is aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel.
Logopedist:	Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Manueel therapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Medisch adviseur:	De (para)medisch deskundige die DSW Zorgverzekeraar in (para)medische aangelegenheden adviseert.
Medisch specialist:	Een arts, die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
Mondhygiënist:	Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.
Oedeemtherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, of een huidtherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapie of een (para)medicus die beschikt over een diploma van de Vodder-Schule en die voldoet aan de registratievoorwaarden in het Vodder-register.
Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck:	Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.
Opname:	Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.
Orthodontist:	Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
Orthopedagoog-Generalist:	Degene die in het bezit is van een registratie als Orthopedagoog-Generalist van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijkskundigen (NVO).
Polisvoorwaarden:	De voorwaarden, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben, indien een verzekeringsovereenkomst wordt gesloten.

Psychiater/zenuwarts:	Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.
Psychotherapeut:	Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
Revalidatie:	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
Specialistische GGZ:	Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is noodzakelijk.
Spoedeisende zorg:	Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die direct medische behandeling vereist.
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”.
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, anders dan lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.
Verloskundige:	Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
Verpleegkundige:	Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
Verzekerde:	Een ieder die als zodanig op de zorgpolis is vermeld.
Verzekeringnemer:	Degene die de verzekeringsovereenkomst met DSW Zorgverzekeraar is aangegaan.

Wet BIG:	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
WMG-tarief:	Het op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) goedgekeurd of vastgesteld tarief dan wel maximumtarief voor een prestatie of geheel van prestaties door een orgaan (instelling en/of persoon) voor gezondheidszorg geleverd.
Zelfstandig behandelcentrum (ZBC):	Een instelling voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
Ziekenhuis:	Een instelling voor medisch-specialistische zorg (verpleging, onderzoek en behandeling), die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
Zorgpolis:	De akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. Deze akte wordt ook wel polisblad genoemd.
Zorgverzekeraar:	‘De Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar u.a.’

Artikel 2 Grondslag van de zorgverzekering

- lid 1** Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringwet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis en de polisvoorwaarden. Deze worden verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- lid 2** De Zorgverzekeringwet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsovereenkomst. Bij interpretatieverschillen is de tekst uit de wet- en regelgeving bepalend.
- lid 3** DSW Zorgverzekeraar verstrekt de zorgpolis en het verzekeringspasje als bewijs van de verzekeringsovereenkomst op vertoon waarvan de verzekerde bij (een) zorgverlener(s) de zorg kan inroepen waarop op basis van deze zorgverzekering recht op vergoeding bestaat.
- lid 4** DSW Zorgverzekeraar vermeldt de grondslag van de premie op de premiebijlage.

- lid 5** De zorgpolis van DSW Zorgverzekeraar is een zogenoemde restitutiepolis op grond waarvan de verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg. Als er tussen de zorgverlener en DSW Zorgverzekeraar een overeenkomst is zal de zorgverlener rechtstreeks declareren bij DSW Zorgverzekeraar. In het andere geval kunnen de kosten van zorg, met uitzondering van eigen bijdragen, door de verzekerde zelf bij DSW Zorgverzekeraar gedeclareerd worden. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij DSW Zorgverzekeraar en te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 6** Het recht op vergoeding van de kosten van zorg als in de polisvoorwaarden omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- lid 7** De verzekerde heeft slechts recht op vergoeding van de kosten van die zorg of dienst voorzover hij daarop naar inhoud en omvang in redelijkheid is aangewezen, rekening houdend met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid. De zorg of dienst dient niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd te zijn.

Artikel 3 Werkgebied

De zorgverzekering kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige volgens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 4 Begin van de zorgverzekering

- lid 1** De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop DSW Zorgverzekeraar het volledig ingevulde verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
- lid 2** Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop DSW Zorgverzekeraar het volledig ingevulde verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt, reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste lid, gaat de zorgverzekering op die latere dag in.
- lid 3** Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zolang in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 4** Indien de zorgverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden is geëindigd door opzegging, werkt de zorgverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

Artikel 5 **Duur van de zorgverzekering**

- lid 1** De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk op 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- lid 2** Opzegging van de verzekering dient schriftelijk - en bij voorkeur via aangetekende post - te geschieden.
- lid 3** De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd. De verzekeringnemer dient daartoe een bewijs van inschrijving van de nieuwe zorgverzekeraar te overleggen.
- lid 4** Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer/verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en heeft hiervoor ten hoogste 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.
- lid 5** De verzekeringnemer heeft het recht de zorgverzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve zorgverzekering in verband met dienstverband naar de andere collectieve zorgverzekering in verband met dienstverband. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is aangegaan. De opzegging heeft geen terugwerkende kracht, en gaat in per de eerste dag van dezelfde eerstvolgende kalendermaand.
- lid 6** De opzegging, bedoeld in het derde lid, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- lid 7** In afwijking van het zesde lid gaat een opzegging, bedoeld in het derde lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door DSW Zorgverzekeraar is ontvangen.
- lid 8** Indien de zorgverzekering eindigt, verstrekt DSW Zorgverzekeraar de verzekeringnemer en/of de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering.

Artikel 6 **Beëindiging van de zorgverzekering**

- lid 1** De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- a. DSW Zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van DSW Zorgverzekeraar komt te wonen;

- c. de verzekeringnemer dan wel de verzekerde overlijdt. DSW Zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
- d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

lid 2 DSW Zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onder a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt.

lid 3 De verzekeringnemer stelt DSW Zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onder d, tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.

lid 4 Indien DSW Zorgverzekeraar op grond van het in het derde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

lid 5 Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

lid 6 DSW Zorgverzekeraar heeft niet het recht de zorgverzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 7 lid 5 en na geconstateerde fraude als bedoeld in artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

lid 7 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering niet opzeggen gedurende de periode dat na aanmaning één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, tenzij DSW Zorgverzekeraar de dekking van de zorgverzekering bedoeld in artikel 7 lid 5 heeft geschorst of indien DSW Zorgverzekeraar deze opzegging binnen twee weken aan de verzekeringnemer bevestigt.

Artikel 7 **Premie**

lid 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

lid 2 Tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt, is geen premie verschuldigd.

lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig eigen risico. (zie premiebijlage). De korting wegens het vrijwillig eigen risico wordt direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.

lid 4 **Premiebetaling**

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

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

Bij wijziging van de zorgverzekering in de loop van een maand is DSW Zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van DSW Zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

lid 5 Niet tijdig betalen van de premie

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan DSW Zorgverzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking van betreffende zorgverzekering wordt geschorst. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen. Indien na de tweede aanmaning geen betaling plaatsvindt is de verzekeringnemer een vergoeding voor administratiekosten verschuldigd van € 20,-.

DSW Zorgverzekeraar informeert de verzekeringnemer bij het ontstaan van een betalingsachterstand van twee maandpremies en biedt een betalingsregeling aan voor de premie, incassokosten en rente.

Bij een achterstand in de betaling van vier maandpremies, deelt DSW Zorgverzekeraar de verzekeringnemer mee dat bij een betalingsachterstand van zes maandpremies melding zal worden gedaan aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) voor het heffen van een bestuursrechtelijke premie.

Nadat een betalingsachterstand ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt DSW Zorgverzekeraar dit aan het CVZ en aan de verzekeringnemer. Vanaf dat moment int het CVZ de bestuursrechtelijke premie bij de verzekeringnemer.

Indien DSW Zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. Deze vorderingen zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter van Den Haag of Rotterdam. Een eventuele schorsing van de dekking wordt opgeheven op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door DSW Zorgverzekeraar zijn ontvangen. De kosten die de verzekerde gemaakt heeft in de geschorste periode komen niet met terugwerkende kracht voor vergoeding in aanmerking.

lid 6 Detentie

De zorgverzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde tengevolge van een rechterlijke uitspraak gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten derhalve weer.

Artikel 8 Herziening van de premie

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

lid 2 Bij de in lid 1 bedoelde wijziging van de grondslag van de premie is de verzekeringnemer gerechtigd de zorgverzekering op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

Artikel 9 **Verplicht eigen risico**

lid 1 Iedere verzekerde van 18 jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar. Daarnaast kan de verzekerde een vrijwillig eigen risico overeenkomen zoals omschreven in artikel 10.

Buiten het verplicht eigen risico vallen:

- kosten van zorg zoals huisartsen plegen te bieden (met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht);
- kosten van verloskundige zorg, met uitzondering van geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer naar het ziekenhuis vanwege de bevalling;
- kosten van kraamzorg;
- kosten van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, de uitneembare volledige prothese en bijzondere tandheelkunde.

lid 2 Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, is hij vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt premieplichtig. Vanaf dat moment heeft de verzekerde ook een verplicht eigen risico.

lid 3 Als een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico, gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer van het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

lid 4 DSW Zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico.

lid 5 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 6 Kosten die op grond van de polisvoorwaarden voor rekening van de verzekerde blijven, tellen niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico.

Artikel 10 **Vrijwillig eigen risico**

lid 1 Het vrijwillig eigen risico is € 0, tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

- lid 2** Een verzekeringnemer kan voor de verzekerde van achttien jaar of ouder en/of voor zichzelf voor de zorgverzekering een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar overeenkomen. Een eenmaal gekozen eigen risico kan gedurende het kalenderjaar niet worden gewijzigd met uitzondering van een minderjarige verzekerde die de achttienjarige leeftijd bereikt.
- lid 3** Indien een vrijwillig eigen risico wordt overeengekomen, geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld in de premiebijlage.
- lid 4** Buiten het vrijwillig eigen risico vallen:
- kosten van zorg zoals huisartsen plegen te bieden (met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht);
 - kosten van verloskundige zorg, met uitzondering van geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer naar het ziekenhuis vanwege de bevalling;
 - kosten van kraamzorg;
 - kosten van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, de uitneembare volledige prothese en bijzondere tandheelkunde.
- lid 5** Kosten van zorg die ten laste van deze zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 9 van deze polisvoorwaarden, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig eigen risico betrokken.
- lid 6** Indien de zorgverzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen en de noemer gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- lid 7** Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig eigen risico wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
- a. ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- lid 8** Voor de vaststelling van het vrijwillig eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- lid 9** Indien DSW Zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. De verzekeringnemer wordt geacht daartoe aan DSW Zorgverzekeraar een machtiging tot automatisch incasso te hebben verleend ter hoogte van het bedrag van het vrijwillig eigen risico.

Artikel 11 **Buitenland**

lid 1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft ook recht op vergoeding van kosten van zorg door een door DSW Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door DSW Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 19 lid 3 van deze polisvoorwaarden als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.

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

- vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door DSW Zorgverzekeraar in het woonland of het land van verblijf is gecontracteerd;
- vergoeding van kosten van zorg van een niet door DSW Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 19 lid 3 van deze polisvoorwaarden als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.

lid 3 De verzekerde die woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door DSW Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 19 lid 3 als zou die zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.

lid 4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.

lid 5 In alle gevallen geldt dat voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg gepaard gaand met opname en verblijf, voorafgaande toestemming van DSW Zorgverzekeraar is vereist. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet.

lid 6 In alle gevallen geldt dat voor het inroepen van extramurale zorg, dat wil zeggen zorg die niet gepaard gaat met verblijf of opname, geen voorafgaande toestemming is vereist.

lid 7 In aanvulling op lid 1 geldt, dat indien DSW Zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van extra- of intramurale zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding plaatsvindt tot ten hoogste het op basis van de WMG vastgestelde (maximum)tarief of het in Nederland geldende marktconforme tarief, tenzij DSW Zorgverzekeraar bij haar toestemming de vergoeding hoger vaststelt.

Indien er sprake is van in het buitenland ingeroepen medisch noodzakelijke zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt een volledige vergoeding.

Artikel 12 Aansprakelijkheid van derden

- lid 1** Indien een derde voor de kosten, voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde naar burgerlijk recht aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht ten genoegen van DSW Zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.
- lid 2** Wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een derde is betrokken, dient hiervan zo spoedig mogelijk door of namens de verzekerde melding te worden gemaakt bij DSW Zorgverzekeraar en aangifte te worden gedaan bij de bevoegde politie-instantie. Van aangifte bij de bevoegde politie-instantie kan - zo mogelijk na overleg met DSW Zorgverzekeraar - worden afgezien indien deze aangifte redelijkerwijze geacht kan worden niet bij te dragen aan het verhaal door DSW Zorgverzekeraar van de kosten op bedoelde derde.
- lid 3** De verzekerde is verplicht alvorens met een derde of met degene, die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de verzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met DSW Zorgverzekeraar.
- lid 4** In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van DSW Zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor DSW Zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.
- lid 5** Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de voorgaande leden, is de verzekerde tegenover DSW Zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van DSW Zorgverzekeraar veroorzaakte schade.

Artikel 13 Verplichtingen van de verzekerde

- lid 1** **De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht:**
- bij het inroepen van zorg bij zorgverleners zich te legitimeren aan de hand van een geldig paspoort, rijbewijs of een Nederlandse identiteitskaart;
 - de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien hij hierom vraagt;
 - aan DSW Zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste relevante informatie met inachtneming van privacyregelgeving, die voor een goede uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst nodig is;
 - binnen een maand DSW Zorgverzekeraar de aanvang en beëindiging van detentie schriftelijk te melden, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
 - zijn verzekeringspas niet meer te gebruiken na beëindiging van de zorgverzekering;
 - bij beëindiging van de zorgverzekering de naam van de nieuwe zorgverzekeraar te melden voor een correcte afwikkeling van de zorgverzekering.

- lid 2** De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht in voorkomende gevallen de originele nota's tijdig en bij voorkeur binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij DSW Zorgverzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum van de zorgverlener. In het geval de declaratie betrekking heeft op een DBC die is begonnen voor de einddatum van de zorgverzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de zorgverzekering van kracht is.
- lid 3** Indien de verzekerde de in lid 1 en lid 2 genoemde verplichtingen niet nakomt en de belangen van DSW Zorgverzekeraar daardoor zijn geschaad kan DSW Zorgverzekeraar aanspraak maken op vermindering van de vergoedingsplicht tot beloop van het door haar geleden nadeel.
- lid 4** DSW Zorgverzekeraar is niet gehouden tot vergoeding van enige kosten 3 jaren nadat de verzekerde wist of behoorde te weten dat deze kosten geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking kwamen.

Artikel 14 Fraude en/of opzettelijke misleiding

- lid 1** Geen recht op vergoeding van kosten bestaat, indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft ingediend of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of anderszins heeft gehandeld met het opzet DSW Zorgverzekeraar te benadelen. In een dergelijk geval vervalt het recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 2** Bij een vermoeden van fraude zal DSW Zorgverzekeraar ter vaststelling daarvan een onderzoek (laten) instellen. Zodanig onderzoek schort de verplichting tot uitbetaling van het verzoek om kostenvergoeding op.
- lid 3** Bij een vastgestelde fraude zal DSW Zorgverzekeraar aangifte doen bij Justitie en registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen alsmede een reeds uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.
- lid 4** DSW Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor bij ontdekking van fraude en/of opzettelijke misleiding met onmiddellijke ingang de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.
- lid 5** Misbruik van de zorgpas wordt aangemerkt als fraude.

Artikel 15 Onrechtmatige inschrijving

- lid 1** Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringwet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop er geen verzekeringsplicht (meer) bestaat.

lid 2 DSW Zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde heeft betaald vanaf de dag dat er geen verzekeringsplicht (meer) bestond, verrekenen met de door de verzekerde sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

Artikel 16 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

lid 1 **Kennisgeving**
De verzekeringnemer is verplicht binnen 14 dagen aan DSW Zorgverzekeraar schriftelijk kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de zorgverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte en dergelijke.

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

lid 2 **Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde**

DSW Zorgverzekeraar benadert de minderjarige verzekerde ten minste zes weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie.

Als de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan DSW Zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de genoemde termijn van zes weken wordt een premie berekend, overeenkomend met een zorgverzekering zonder vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 17 Overige voorwaarden

lid 1 **Recht op vergoeding van kosten van andere zorg dan in de polisvoorwaarden omschreven**

In voorkomende gevallen bestaat recht op vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polisvoorwaarden, als vaststaat dat deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en DSW Zorgverzekeraar voorafgaand aan deze zorg toestemming heeft verleend en voorzover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

lid 2 **Opname in een andere dan de verzekerde klasse**

Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse, wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

lid 3 **Begin en einde van het recht op vergoeding van kosten van zorg**

Indien de verzekerde op grond van de bepalingen in deze polisvoorwaarden recht heeft op vergoeding van kosten van zorg, geldt dat slechts voorzover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze zorgverzekering van kracht is.

- lid 4** **Registratie van persoonsgegevens**
- De bij de aanvraag van een zorgverzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te ontvangen persoonsgegevens worden opgenomen in het door DSW Zorgverzekeraar gevoerde gegevensbestand. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en in overeenstemming met de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Naam-, adres- en woonplaatsgegevens (NAW-gegevens) van de verzekerde, worden via VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg), beschikbaar gesteld aan zorgverleners om het recht op verzekering te kunnen controleren en vervolgens rechtstreeks bij DSW Zorgverzekeraar te kunnen declareren.
- lid 5** **Verwerking van medische gegevens**
- De verwerking van medische gegevens vindt separaat plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, waarbij een geheimhoudingsplicht geldt. Deze medische gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het aangaan of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en het leveren van de overeengekomen dienst(en) ten behoeve waarvan de medische gegevens zijn aangeleverd. Medische gegevens worden alleen aan anderen binnen het bedrijf verstrekt indien zij de gegevens voor de uitvoering van hun werkzaamheden nodig hebben. Op deze andere personen rust in een dergelijk geval dezelfde geheimhoudingsplicht als op de medisch adviseur uit hoofde van zijn medisch beroepsgeheim.
- lid 6** **Machtiging**
- Een door DSW Zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de zorgverzekering, en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet- en regelgeving.

Artikel 18 **Geschillen**

- lid 1** Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- lid 2** Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door DSW Zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij DSW Zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Raad van Bestuur.
- lid 3** DSW Zorgverzekeraar streeft ernaar het verzoek tot heroverweging binnen 60 dagen af te handelen. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde niet met het resultaat van de heroverweging kan instemmen, kan hij zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) via Postbus 291, 3700 AG Zeist. De SKGZ heeft een Ombudsman die bemiddelt en een Geschillencommissie die bindend adviseert.
- lid 4** In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil ook voorleggen aan de volgens de wet bevoegde rechter.
- lid 5** Een verzekerde of verzekeringnemer kan een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door DSW Zorgverzekeraar gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt beide partijen tot bindend advies.

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 19 Prestatiewijze en dekking

- lid 1** De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van zorg als omschreven in deze polisvoorwaarden en is volledig vrij in de keuze van zorgverlener. Gebruik kan worden gemaakt van zorg verleend door een door DSW Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener (gecontracteerde zorg) of zorg verleend door een zorgverlener die geen overeenkomst met DSW Zorgverzekeraar heeft onder de voorwaarden als vermeld in de leden 3.1 tot en met 3.3.
- lid 2** Indien de verzekerde kiest voor gecontracteerde zorg dient hij zich te wenden tot een door DSW Zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De kosten worden vergoed volgens de door DSW Zorgverzekeraar overeengekomen tarieven tot maximaal het voor de zorg of dienst vastgestelde maximum WMG-tarief, danwel het in Nederland geldende marktconforme tarief. In dat geval vindt betaling rechtstreeks aan de zorgverlener plaats en ontvangt de verzekerde geen nota. Een eventuele eigen bijdrage wordt afzonderlijk in rekening gebracht. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij DSW Zorgverzekeraar en te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 3.1** Indien de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland worden de kosten daarvan vergoed tot ten hoogste het maximale WMG-tarief . De behandelingen waarvoor een maximum WMG-tarief bestaat, zijn te vinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit: www.nza.nl. Indien en voorzover er geen maximum WMG-tarief bestaat, vindt vergoeding van gemaakte kosten voor zorg plaats tot ten hoogste het in Nederland geldende marktconforme tarief. Overzicht(en) van de gehanteerde tarieven zijn te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 3.2** Alleen originele nota's die ten minste voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag worden in behandeling genomen. De nota dient zodanig te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden.
- lid 3.3** De verzekerde is in voorkomend geval zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota van de zorgverlener.
- lid 4** De verzekerde heeft desgevraagd recht op zorgbemiddeling door DSW Zorgverzekeraar.
- lid 5** Het bepaalde in lid 2 tot en met 5 geldt onverminderd het verplicht en vrijwillig eigen risico.
- lid 6** Indien en voorzover DSW Zorgverzekeraar aan de zorgverlener meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande is gehouden, wordt de verzekerde geacht aan DSW Zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van DSW Zorgverzekeraar van het door DSW Zorgverzekeraar aan de zorgverlener te veel betaalde.

Artikel 20 Huisartsenzorg

- lid 1** Huisartsenzorg bestaat uit de vergoeding van kosten van zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.
- lid 2** De zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek. De zorg door een huisarts omvat geen reizigersadvisering.
- lid 3** De zorg door een huisarts omvat tevens de module ketenzorg diabetes, ketenzorg COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomangement indien DSW Zorgverzekeraar hiervoor een overeenkomst met de behandelend huisarts heeft afgesloten.

Artikel 21 Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

- lid 1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing door de verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg, te verlenen door de kaakchirurg, gelden de voorwaarden genoemd in artikel 34.
- lid 2**
- a. Ziekenhuisopname**
- Vergoed worden de kosten van opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.
- Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- Vergoed worden de kosten van medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.
- b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg**
- Vergoed worden de kosten van medisch-specialistische behandeling in een Instelling voor medisch-specialistische zorg. Tevens worden vergoed de kosten van de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard**
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard worden slechts vergoed, indien deze minstens drie weken van tevoren schriftelijk bij DSW Zorgverzekeraar zijn aangevraagd en toestemming is verkregen en uitsluitend indien de behandeling strekt ter correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de buikwand (abdominoplastiek), uitsluitend indien sprake is van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiebeperking.

Geen recht bestaat op vergoeding van kosten van:

- behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op circumcisie van de verzekerde (mannelijke besnijdenis).

Artikel 22 In-vitrofertilisatie

- lid 1** Vergoed worden de kosten van zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:
- 1^e het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
 - 2^e de follikelpunctie;
 - 3^e de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
 - 4^e het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.
- lid 2** Niet vergoed worden de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat de follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

Artikel 23 Verpleging zonder verblijf

- lid 1** Vergoed worden de kosten van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

- lid 2** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing door een medisch specialist noodzakelijk.
- lid 3** Onder verpleging zonder verblijf wordt tevens verstaan de verpleging, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg die geleverd wordt in zorginstellingen die niet toegelaten zijn voor de AWBZ-functie “behandeling”, maar wel voor de AWBZ-functie “verblijf”.
- lid 4** Geen vergoeding wordt verleend voor verpleging zonder verblijf die noodzakelijk is in verband met thuisbeadring of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg. Op deze zorg bestaat aanspraak ingevolge de AWBZ.

Artikel 24 Verloskundige zorg en kraamzorg

- lid 1** De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en vergoeding van kosten van kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige of een huisarts. Kraamzorg kan worden verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden dan wel zelfstandig werkend kraamverzorgende.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

- lid 2** **Bevalling en/of kraamzorg in een ziekenhuis met medische noodzaak**
Indien en voorzover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind recht op vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg geleverd door het ziekenhuis, als bedoeld in artikel 21, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.
- lid 3** **Bevalling en/of kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak**
Indien de bevalling en/of de kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg en kraamzorg.
De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 15,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 110,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraamcentrum, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.
- lid 4** **Bevalling en/of kraamzorg in een kraamhotel zonder medische noodzaak**
Indien de bevalling en/of de kraamzorg in een kraamhotel plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg en kraamzorg.
De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 15,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamhotel € 110,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamhotel.

lid 5**Kraamzorg in een kraamhotel of thuis, na bevalling in een ziekenhuis**

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamhotel plaatsvindt, hebben moeder en haar kind recht op vergoeding van kosten van kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 15,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamhotel € 110,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamhotel, dan wel door het kraamcentrum, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamhotel.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind recht op vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in lid 7 onder c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid 7 onder c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen. Voor kraamzorg thuis is tevens het bepaalde in lid 7 onder d van toepassing.

lid 6**Bevalling en/of kraamzorg in een geboortecentrum**

Indien de bevalling in een geboortecentrum plaatsvindt, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. De vergoeding van de bevalling vindt op dezelfde manier plaats als een bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak (lid 3). De vergoeding van kraamzorg in een geboortecentrum vindt op dezelfde manier plaats als de kraamzorg thuis (lid 7).

lid 7**Bevalling en kraamzorg thuis**

Indien de bevalling en de kraamzorg thuis plaatsvinden, bestaat recht op vergoeding van kosten van:

- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) geleverd door de huisarts of verloskundige;
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of kraamhotel, van 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum of kraamhotel met behulp van het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg (LIP).
- d. de eigen bijdrage voor kraamzorg thuis bedraagt € 3,90 per uur zorg.

lid 8**Prenatale screening**

Vergoed worden de kosten van:

- Counseling: het informeren over inhoud en reikwijdte van prenatale screening (combinatietest en structureel echoscopisch onderzoek).
- Combinatietest (nekplooiemeting en serumtest) bij vrouwen vanaf 36 jaar of met een medische indicatie.
- Structureel echoscopisch onderzoek (20 weken echo).

Bovenstaande onderzoeken mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning krachtens de WBO (Wet op het bevolkingsonderzoek) of een samenwerkingsafspraken met een Regionaal Centrum dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

Geen vergoeding wordt verleend voor prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.

Artikel 25 **Revalidatie**

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

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

Artikel 26 **Organtransplantaties**

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

- lid 2** a. De kosten van transplantaties van weefsels en organen worden slechts vergoed indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is. Vergoed worden tevens de kosten van zorg conform deze verzekeringsovereenkomst in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor.
- Voorts vallen onder de vergoeding de kosten van onderzoek, conservering, verwijdering en vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.
- b. De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg conform deze verzekeringsovereenkomst, gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voorzover de verleende zorg verband houdt met die opname.

Voorts heeft de donor recht op vergoeding van kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel - indien en voorzover medisch noodzakelijk - per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens bestaat recht op vergoeding van kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, of beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voorzover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

Recht op vergoeding ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door DSW Zorgverzekeraar.

Artikel 27 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

lid 2 Vergoed worden de kosten van niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in het dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Indien de niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde plaatsvindt worden tevens de kosten vergoed van:

- a. de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- b. het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- c. de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voorzover DSW Zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- d. vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voorzover DSW Zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- e. de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor het recht op vergoeding van de kosten, bedoeld in het tweede lid, onder c en d is voorafgaande toestemming van DSW Zorgverzekeraar vereist.

Artikel 28 Mechanische beademing

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

- lid 2** Vergoed worden de kosten van noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde, worden tevens de kosten vergoed van:
- het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
 - de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Artikel 29 Oncologische aandoeningen bij kinderen

- lid 1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.
- lid 2** Vergoed worden de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skin).

Artikel 30 Trombosedienst

- Vergoed wordt de zorg door een trombosedienst op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De vergoeding omvat de kosten van:
- het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
 - het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van een trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
 - het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
 - het opleiden van verzekerde, bedoeld in onder c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
 - het geven van adviezen aan de verzekerde over de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 31 Erfelijkheidsonderzoek

- lid 1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of medisch specialist.
- lid 2** Vergoed worden de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

lid 3 Voor het recht op vergoeding van kosten van zorg, bedoeld in dit artikel, is toestemming van DSW Zorgverzekeraar vereist.

Artikel 32 Audiologische zorg

Vergoed worden de kosten van zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien problemen met de gestoorde gehoorfunctie aanwezig zijn;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Voor deze vorm van zorg is een verwijzing door een kinderarts of keel-, neus- en oorarts noodzakelijk.

Artikel 33 Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg

Vergoed worden de kosten van fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en diëtadvisering. De te verlenen paramedische zorg omvat zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

De kosten worden vergoed indien is voldaan aan elk van de onderstaande voorwaarden:

- er is een door een arts vastgestelde medische indicatie voor behandeling voorzover deze indicatie ingevolge de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking komt;
- er is sprake van een specifieke verwijzing door een arts of medisch specialist;
- aan de behandeling ligt een in redelijkheid te bereiken behandeldoel ten grondslag;
- de in de beroepsgroep algemeen aanvaarde kwaliteitsrichtlijnen en standaards worden in acht genomen;
- indien de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener dient de nota van de fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck en oefentherapeut Cesar zowel de indicatiecode als de diagnosecode te bevatten. Op de nota van een logopedist of een ergotherapeut dient ten minste de diagnosecode te zijn vermeld.

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de tiende behandeling - de behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voorzover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is op te vragen bij DSW Zorgverzekeraar en te vinden op de website (www.dsw.nl).

lid 3 **Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar**

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat de behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voorzover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is op te vragen bij DSW Zorgverzekeraar en te vinden op de website (www.dsw.nl).

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens voor andere aandoeningen dan hierboven bedoeld de eerste negen behandelingen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Indien er sprake is van een ontoereikend resultaat bestaat recht op vergoeding van de kosten van nog negen extra behandelingen. Voor wat betreft deze fysiotherapie en oefentherapie is er geen verwijzing noodzakelijk.

lid 4 **Ergotherapie**

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op verwijzing van een arts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

lid 5 **Logopedie**

Logopedie omvat behandeling, op verwijzing van de (tand)arts of orthopedagoog door een logopedist, voorzover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie of taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

lid 6 **Dieetadvisering**

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts, medisch specialist of tandarts, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 34 **Mondzorg**

lid 1 Vergoed worden de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

lid 2 Onder zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

lid 3 Orthodontische zorg is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkeling- of groeistoornis van het tand-, kaak-, mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Vergoeding vindt alleen plaats als DSW Zorgverzekeraar op een daartoe strekkende aanvraag, vooraf toestemming heeft verleend. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een indicatie en een behandelplan. Toestemming wordt uitsluitend verleend aan een orthodontist of een tandarts met daaraan gelijk te stellen kennis en vaardigheden, zulks ter beoordeling van DSW Zorgverzekeraar.

lid 4 Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c ook vergoeding van de kosten van:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale zorg;
- g. anesthesie;
- h. endodontische zorg;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen en de daardoor benodigde voorzieningen;
- j. gnathologische zorg;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

lid 5 Mondzorg omvat voor verzekerden van tweeëntwintig jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c ook vergoeding van de kosten van:

- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak;
- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

- lid 6** Onder zorg, bedoeld in lid 1, onder a, lid 4 en lid 5 is tevens begrepen het verblijf in een ziekenhuis dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.
- lid 7** De verzekerde van tweeëntwintig jaar en ouder, die zijn recht op vergoeding van kosten in gevolge het eerste lid onder a, respectievelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn recht op vergoeding van kosten ingevolge het eerste lid onder b, tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- lid 8** De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaak.
- lid 9** Voor het recht op vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- lid 10** De verzekerde jonger dan tweeëntwintig heeft buiten de reguliere praktijken slechts recht op vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot de andere dag.
- lid 11** Voor het recht op vergoeding van kosten van zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met c en het vierde lid onder I is voorafgaande toestemming van DSW Zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd.
De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 12** Voor het recht op vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurgie is voorafgaande toestemming van DSW Zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.
- lid 13** Voor het recht op vergoeding van kosten van mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en het vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van DSW Zorgverzekeraar vereist.
- lid 14** **Gebitsprothese**
Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.
Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed.

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

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van DSW Zorgverzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 550,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 3 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Artikel 35 Farmaceutische zorg

- lid 1** Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg die bestaat uit de terhandstelling van:
- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft nl:
 - 1^e geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;
 - 2^e geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht; of
 - 3^e geneesmiddelen die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

- lid 2** De onder lid 1a genoemde zorg bestaat uit de ter handstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering. Een en ander is nader uitgewerkt in de Reglement Farmaceutische zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polisvoorwaarden. Dit reglement is op te vragen bij DSW Zorgverzekeraar en tevens te vinden op de website (www.dsw.nl).

Tenzij DSW Zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met een gecontracteerde apotheker of apotheekhoudend huisarts, dienen de onder lid 1 genoemde middelen ter hand gesteld te zijn op voorschrift van een behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Ter handstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Voor het recht op vergoeding van kosten van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In de bij het Reglement Farmaceutische zorg van DSW Zorgverzekeraar te bepalen gevallen stelt DSW Zorgverzekeraar nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid voor de ter handstelling van geneesmiddelen.

- lid 3** De onder lid 1 onder a en b genoemde zorg geldt niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

- lid 4** Er bestaat recht op vergoeding van kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten als er sprake is van:
- een resorptiestoornis, een voedselallergie, een stofwisselingsstoornis, of
 - een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
 - daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard
- en uitsluitend indien niet kan worden uitgekomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding.

Voor het recht op vergoeding van kosten van dieetpreparaten is voorafgaande toestemming van DSW Zorgverzekeraar vereist. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polisvoorwaarden en is op te vragen bij DSW Zorgverzekeraar en te vinden op de website (www.dsw.nl).

Artikel 36 Hulpmiddelenzorg

- lid 1** Vergoed worden de kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering. In het Reglement Hulpmiddelen van DSW Zorgverzekeraar zijn de algemene voorwaarden met betrekking tot de vergoeding van hulpmiddelen en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en is op te vragen bij DSW Zorgverzekeraar en te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 2** Daar waar DSW Zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor de aanschaf, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3** De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4** De kosten van verbandmiddelen worden alleen vergoed als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 5** Niet vergoed worden de kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

Artikel 37 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

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

lid 2 **Ambulancevervoer**

Vergoed worden de kosten van vervoer per ambulance in Nederland, doch uitsluitend indien en voorzover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij DSW Zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

lid 3 Vergoed worden:

- de kosten van het vervoer naar een zorgverlener of een instelling van wie of waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze zorgverzekering komen.
- de kosten van het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.
- de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.
- de kosten van het vervoer van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

lid 4 Niet vergoed worden de kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 5 **Zittend ziekenvervoer**

Mits vooraf aangevraagd, bestaat recht op vergoeding van kosten van vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in lid 3 van dit artikel, per taxi of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij DSW Zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze zorgverzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze zorgverzekering komt.

DSW Zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien DSW Zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

- lid 6** Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet vergoeden van de kosten van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de huisarts of medisch specialist.
- lid 7** Indien ziekenvervoer per ambulance, openbaar vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan DSW Zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vergoeding van vervoer door middel van een ander middel van vervoer.
- lid 8** De vergoeding omvat tevens de kosten van het vervoer van een begeleider, indien begeleiding medisch noodzakelijk is dan wel de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan DSW Zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 9** Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 91,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.
- lid 10** Indien de verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde vervoerder dient de declaratie vergezeld te gaan van een afsprakenkaart waaruit duidelijk blijkt waar het ziekenvervoer betrekking op heeft gehad.

Artikel 38 Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

- lid 1**
- Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts of bedrijfsarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
 - Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- lid 2** Vergoed worden de kosten van eerstelijnspsychologische zorg door een eerstelijnspsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog, klinisch psycholoog, orthopedagoog-generalist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:
- de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
 - voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting betaalt.
- Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 39.

Artikel 39 Specialistische GGZ

- lid 1**
- Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 38.

lid 3 **Psychiatrische ziekenhuisopname**

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

lid 4 **Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg**

Vergeoed worden de kosten van specialistische GGZ door een psychiater, psychotherapeut en/of GGZ-instelling. De vergoeding omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede vergoeding van de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Artikel 40 **Dyslexiezorg**

lid 1

- a. Vergoed worden de kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie aan kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg op zeven-, acht- of negenjarige leeftijd aanvangt.
- b. Ernstige dyslexie is een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

lid 2 Om voor vergoeding van kosten van dyslexiezorg in aanmerking te komen is een verwijzing door de basisschool noodzakelijk. De verwijzing dient afgegeven te worden door een bevoegd en deskundig functionaris met bijbehorende expertise. De verzekeraar behoudt zich het recht voor het schoolanamnese rapport op te vragen.

lid 3 Het diagnosticeren en behandelen van kinderen met ernstige dyslexie valt onder de te verzekeren prestaties indien dat geschiedt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Een link naar het Protocol kunt u vinden op de website (www.dsw.nl).

lid 4 De kosten van dyslexiezorg worden alleen vergoed indien de zorg plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog en orthopedagoog-generalist met een specialisatie leren en cognitieve informatieverwerking, leer- en cognitieve functiestoornissen en diagnostiek en behandeling van dyslexie.

lid 5 De zorgverlener is volwaardig aangesloten (B-aansluiting) bij het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie en/of volwaardig aangesloten (definitief keurmerk) bij het Kwaliteitsinstituut Dyslexie.

Artikel 40 Uitsluitingen

lid 1 Naast de uitsluitingen genoemd bij de afzonderlijke prestaties in deze voorwaarden bestaat geen recht op vergoeding van:

- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- de eigen bijdrage van bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet) attesten en vaccinaties, tenzij in de ministeriële regeling anders is bepaald;
- het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek en geneesmiddelen waarvoor een parallelhandelsvergunning is verleend;
- kraampakketten, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- kosten verband houdende met vertaling van anderstalige nota's.

Geen recht bestaat op vergoeding van kosten van zorg voorzover deze niet uitdrukkelijk in deze polisvoorwaarden staat vermeld.

lid 2 Geen dekking wordt verleend indien de schade is veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse en buitenlandse onlusten, oproer en mouterij zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet financieel toezicht.

lid 3 Als de zorg die nodig is het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de vergoeding, bedoeld in de eerste volzin, recht op een aanvullende regeling, als bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit Besluit.

Premiebijlage

Grondslag van de premie

De Grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 3) bedraagt € 1.080,- per jaar.

Kortingen bij het vrijwillig eigen risico

Onderstaand staan voor de verschillende te kiezen eigen risico's de kortingen op de premie weergegeven (artikel 10 lid 3).

Eigen risico	Korting op premiegrondslag
€ 100,-	€ 42,-
€ 200,-	€ 78,-
€ 300,-	€ 114,-
€ 400,-	€ 150,-
€ 500,-	€ 186,-

DSW

Polisvoorwaarden 2010

Vragen?

Heeft u nog vragen? Ga naar www.dsw.nl of neem contact op met een van onze medewerkers van de afdeling Klantenservice. Zij staan u graag te woord.

DSW Zorgverzekeraar • Postbus 173 • 3100 AD Schiedam

Bel (010) 2 466 466 of ga naar www.dsw.nl

