

Aanvullende zorgverzekering 2019

Informatiedocument over het verzekeringsproduct

VGZ GemeentePakket Compleet



Over deze kaart

Op deze kaart leest u wat VGZ GemeentePakket Compleet voor u betekent. Het is een overzicht van de belangrijkste kenmerken van deze verzekering en daarom niet volledig. Lees hier de volledige [polisvoorwaarden](#).
Let op: deze kaart gaat alleen over de aanvullende zorgverzekering en niet over de basisverzekering. Meer info: www.vgz.nl.

Welk soort verzekering is dit?

Een aanvullende zorgverzekering is een aanvulling op uw verplichte basisverzekering. Deze verzekering vergoedt zorgkosten die uw basisverzekering niet of niet volledig vergoedt. U kiest zelf of u een aanvullende zorgverzekering afsluit.



Wat is verzekerd?

- ✓ In de polisvoorwaarden staat wat verzekerd is. Een overzicht van alles wat de verzekering vergoedt, vindt u in het [vergoedingenoverzicht](#).
Let op: hieronder leest u alléén de belangrijkste vergoedingen.

Fysiotherapie

- ✓ Fysiotherapie, oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oedeemtherapie vergoeden we uit het budget Beweegzorg tot maximaal 18 behandelingen per jaar. Voor manuele therapie zijn dit maximaal 9 behandelingen per indicatie per jaar.

Wij hebben afspraken gemaakt met een [ruim aantal](#) fysiotherapeuten.

Extra informatie

Onder het budget Beweegzorg valt ook de vergoeding van alternatieve bewegingstherapieën zoals chiropractie haptotherapie.

Brillen en contactlenzen

- ✓ Wij vergoeden per 3 jaar:
 - één bril op sterkte uit het uitgebreide assortiment van onze gecontracteerde leveranciers, **of**;
 - een bril of contactlenzen op sterkte tot maximaal € 150, **of**;
 - 36 setjes maandlenzen geleverd door de door ons gecontracteerde leveranciers.

Alternatieve zorg

- ✓ Alternatieve behandelingen, zoals homeopathie, acupunctuur en psychosociale zorg, en alternatieve geneesmiddelen worden vergoed tot maximaal € 300 per jaar. Voor de behandelingen geldt een vergoeding van maximaal € 45 per dag.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ De aanvullende zorgverzekering vergoedt geen kosten die al onder de basisverzekering vallen.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Als de zorgverlener of behandelaar een onredelijk hoge rekening stuurt, dan vergoeden wij maximaal de in Nederland [gangbare tarieven](#).

Wij zetten ons in voor de kwaliteit van de zorg die wij u bieden. Daarom stellen we eisen aan onze zorgverleners, geneesmiddelen en hulpmiddelen. Als deze hier niet aan voldoen, worden de kosten niet vergoed. In de [voorwaarden](#) leest u welke eisen dit zijn.

Afspraken met zorgverleners

- ! Voor fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie hebben we afspraken gemaakt met zorgverleners. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen afspraken hebben? Dan vergoeden we maar een deel van de kosten. U vindt de zorgverleners die volledig vergoed worden in de [Zorgzoeker](#).

Extra informatie

Gaat u voor fysiotherapie, oefentherapie of oedeemtherapie naar een zorgverlener waarmee wij geen afspraak hebben, dan vergoeden we maximaal 80% van [het tarief](#) dat we hebben afgesproken met de gecontracteerde zorgverleners (gemiddeld gecontracteerd tarief).

Toestemming of verwijzing

- ! Soms heeft u een verwijzing van een zorgverlener of toestemming van ons nodig. Heeft u deze niet, dan krijgt u geen vergoeding. Zie de polisvoorwaarden voor meer informatie.

Tandarts

- ✓ De tandheelkundige zorg wordt volledig vergoed tot maximaal € 500 per jaar.

Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden we alleen de prothetische- en restauratieve zorg, zoals bijvoorbeeld kronen, bruggen en kunstgebitten.

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder vergoeden we ook de preventieve en curatieve behandelingen, zoals bijvoorbeeld periodieke controle, gebitsreiniging, vullingen en verdovingen. De vergoeding voor prothetische- en restauratieve zorg is in dit geval 80%.

Extra informatie

Voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt de periodieke controle bij de tandarts 100% vergoed. De kosten van gebitsreiniging vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per jaar.

Orthodontie

- ✓ Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt een volledige vergoeding tot maximaal € 2.400 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder wordt 80% van alle orthodontische zorg vergoed tot maximaal € 350 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

Spoedeisende zorg in het buitenland

- ✓ Kosten van spoedeisende zorg in het buitenland worden, als aanvulling op de basisverzekering, volledig vergoed. Alleen bij tijdelijk verblijf in het buitenland, maximaal 365 dagen.

Voetzorg

- ✓ Bij pedicurebehandelingen (bij reuma en diabetes) en podotherapie vergoeden we tot maximaal € 240 per jaar. Steunzolen vergoeden we tot maximaal € 80 per twee jaar.

Vergoeding van eigen risico

- ✓ Als u voor deze optie kiest (niet altijd mogelijk) krijgt u een volledige vergoeding van de kosten die voor rekening van de verzekerde komen op grond van het verplicht eigen risico in de VGZ Ruime Keuze. Het verplicht eigen risico is beperkt tot maximaal € 385 per jaar.



Waar ben ik gedekt?

- ✓ Deze aanvullende zorgverzekering geldt wereldwijd.



Wat zijn mijn verplichtingen?

Verandert er iets in uw gezin? Geef dat dan aan ons door.
Stuur rekeningen zo snel mogelijk naar ons toe.



Hoe en wanneer betaal ik?

U moet maandelijks premie betalen voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Betalen kan via een automatische incasso.
Betaalt u de premie niet op tijd? Dan kunnen wij de verzekering stoppen.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

De verzekering begint op de datum die op uw polis staat. U kunt de verzekering elk jaar per 1 januari opzeggen. Zorg dan dat wij uiterlijk 31 december uw opzegging hebben ontvangen.



Hoe zeg ik mijn contract op?

U kunt opzeggen via www.vgz.nl. U kunt ook gebruik maken van de overstapservice bij uw nieuwe verzekeraar.

Versie 3, 10-11-2018, Bekijk online: zorgverzekeringskaart.nl/vgz/gemeentepakket-compleet

© Zorgverzekeraars Nederland, www.zorgverzekeraars.nl