

INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1: Algemene voorwaarden Zorgverzekering	blz. 1
Hoofdstuk 2: Dekking zorgverzekering	blz. 6

Hoofdstuk 1.

Algemene voorwaarden zorgverzekering

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de algemene voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst beschreven. Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, 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, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet.

Inhoudsopgave:

- Art. 1 Begripsomschrijvingen
- Art. 2 Grondslag van de verzekering
- Art. 3 Begin, duur en einde van de verzekering
- Art. 4 Verplichtingen van de verzekerde
- Art. 5 Premie, premiebetaling en schorsing
- Art. 6 Algemene uitsluitingen
- Art. 7 Herziening van premie
- Art. 8 Kennisgeving van relevante gebeurtenissen
- Art. 9 Overige voorwaarden
- Art. 10 Registratie van persoonsgegevens
- Art. 11 Geschillen

Art. 1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1. **Avéro Achmea:**
Avéro Achmea is een handelsnaam van Avéro Achmea Zorgverzekeringen NV
2. **Avéro Achmea Zorgverzekeringen NV:**
De zorgverzekeraar die als verzekeringsonderneming is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.
3. **Bedrijfsarts:**
Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever van verzekerde is aangesloten.
4. **Bekkentherapeut:**
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
5. **Bureau Jeugdzorg:**
Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.
6. **Centrum voor bijzondere tandheelkunde:**
Een universitair of daarmee door Avéro Achmea gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige behandeling in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
7. **Centrum voor erfelijkheidsadvies:**
Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
8. **Dagbehandeling:**
Opneming korter dan 24 uur.
9. **Diagnose Behandelings Combinatie (DBC):**
Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, dat door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het

- moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.
10. **Diëtist:**
Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.
 11. **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).
 12. **Ergotherapeut:**
Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.
 13. **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.
 14. **Farmaceutische zorg:**
De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door Achmea vastgestelde nadere reglement.
 15. **Fysiotherapeut:**
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
 16. **Gezondheidszorgpsycholoog:**
Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
 17. **GGZ-instellingen:**
Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten.
 18. **Huisarts:**
Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
 19. **Hulpmiddelenzorg:**
De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Avéro Achmea vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
 20. **Jeugdgezondheidszorgarts:**
De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.
 21. **Kaakchirurg:**
Een tandarts-specialist die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
 22. **Kinderfysiotherapeut:**
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
 23. **Klinisch psycholoog:**
Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
 24. **Kraamcentrum:**
Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.
 25. **Logopedist:**
Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.
 26. **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 Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
 27. **Medisch adviseur:**
De arts die Avéro Achmea in medische aangelegenheden adviseert.
 28. **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.
 29. **Mondhygiënist:**
Een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemde “Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist”.
 30. **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 Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
 31. **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”.
 32. **Opneming:**
Opneming 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.
 33. **Orthodontist:**
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
 34. **Psychiater/zenuwarts:**
Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.
 35. **Psychotherapeut:**
Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
 36. **Revalidatie:**
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
 37. **Tandarts:**
Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
 38. **Tandprotheticus:**
Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde “Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus”.
 39. **Toestemming**
De door Avéro Achmea verleende schriftelijke goedkeuring.
 40. **Verblijf:**
Opneming met een duur van 24 uur of langer.
 41. **Verdragsland:**
Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, andere lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.
 42. **Verloskundige:**
Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat

conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

43. **Verzekerde:**
Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
44. **Verzekeringnemer:**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met Avéro Achmea is aangegaan.
45. **Wet BIG:**
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
46. **Zelfstandig behandelcentrum:**
Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling) dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
47. **Ziekenhuis:**
Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
48. **Zorgverlener:**
De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Art. 2 Grondslag van de verzekering

- A Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, 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 als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- B Naast de zorgpolis verstrekt Avéro Achmea als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een Zorgpas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan inroepen bij zorgverlener(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat.
- C De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij Avéro Achmea worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen zorgverlener en Avéro Achmea op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij Avéro Achmea plaatsvindt. De kosten van zorg gedeclareerd door een gecontracteerd zorgverlener zullen worden vergoed conform het met deze gecontracteerde zorgverlener overeengekomen tarief. Indien de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerd zorgverlener worden de kosten vergoed tot maximaal het op het moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Indien en voorzover, op basis van de WMG, geen (maximum)tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- D De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg zoals in de zorgpolis en de daarbij behorende polisvoorwaarden is omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de 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.
- E De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Art. 3 Begin, duur en einde van de verzekering

- A **Begin van de verzekering**
1. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop Avéro Achmea het verzoek tot het sluiten van de verzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
 2. Indien degene ten behoeve van wie de verzekering wordt gesloten op de dag waarop Avéro Achmea het verzoek bedoeld in het eerste lid ontvangt, reeds op grond van een verzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de verzekering te willen laten ingaan op een door verzekeringnemer aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
 3. Indien de verzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonedig in afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
 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.

B Duur van de verzekering

1. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 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.
2. De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering namens die ander opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.
3. Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de 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 in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is meegedeeld.
4. De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering 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 verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de beëindiging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
5. De opzegging, bedoeld in het tweede lid, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
6. In afwijking van het vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door Avéro Achmea is ontvangen.

C Beëindiging van rechtswege

1. De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
 - a. Avéro Achmea ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van Avéro Achmea komt te wonen;
 - c. de verzekerde overlijdt. Avéro Achmea 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.
2. De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied waarin Avéro Achmea de ten behoeve van verzekerde gesloten verzekering aanbiedt of uitvoert.
3. Avéro Achmea stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het artikel 3, c onder 1, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
4. De verzekeringnemer stelt Avéro Achmea onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het artikel 3 C, onder 1, onderdeel c of d, dan wel het artikel 3, c onder 2, tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden.
5. Indien Avéro Achmea op grond van het in het artikel 3C, onder 4 bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt Avéro Achmea dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
6. Aan een opzegging of ontbinding van de verzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

7. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Avéro Achmea niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in Hoofdstuk 1, artikel 5 onder B van deze overeenkomst.

Art. 4 Verplichtingen van de verzekerde:

- A** De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht om:
1. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart.
 2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de medisch adviseur daarom vraagt.
 3. aan Avéro Achmea, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving.
 4. Avéro Achmea behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
 5. in voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij Avéro Achmea in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.
- B** Indien de belangen van Avéro Achmea worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft Avéro Achmea geen kosten te vergoeden.
- C** Elektronisch notaverkeer en overige rechtstreekse betalingen: Het door Avéro Achmea voorgeschieden en door de verzekeringnemer verschuldigde eigen risico- of bijdragebedrag en/of de door Avéro Achmea voorgeschieden en door de verzekeringnemer verschuldigde niet verzekerde kosten worden verrekend met de eerstvolgende declaratie(s), danwel dienen op het eerste schriftelijke verzoek van Avéro Achmea aan haar te worden terugbetaald.

Art. 5 Premie, premiebetaling en schorsing

- A**
1. **Premie**
 - a. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
 - b. Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
 - c. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico of een eventuele collectiviteitskorting (zie polis). Zowel de korting wegens het gekozen eigen risico als de collectiviteitskorting worden direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.
 2. **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. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Avéro Achmea gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen of te restitueren. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Avéro Achmea te vorderen vergoeding.
 - b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening of restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- B** **Schorsing**
Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, kosten of vorderingen uit hoofde van kosten die Avéro Achmea voor verzekerde heeft voorgeschieden, kan Avéro Achmea na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen. Indien Avéro Achmea maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van

invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Avéro Achmea zijn ontvangen.

Art. 6 Algemene uitsluitingen

- a. Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in de Wet op het financieel toezicht.
- b. Als de behoefte aan zorg 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 op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij verzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
Ingeval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan Avéro Achmea ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling bedoeld in artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.
Het van toepassing zijnde Protocol Afwikkeling Claims en het clauseblad Terrorismedekking is te raadplegen op www.terrorismeverzekerd.nl.

Art. 7. Herziening van premie

- a. 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.
- b. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

Art. 8 Kennisgeving van relevante gebeurtenissen

- a. De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand Avéro Achmea in kennis te (laten) stellen van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- b. Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde: Avéro Achmea benadert de minderjarige verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met het verzoek kenbaar te maken voor welk vrijwillig eigen risico door verzekerde wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Avéro Achmea kenbaar maakt binnen de in het verzoek genoemde termijn wordt een premie berekend overeenkomend met een zorgpolis zonder eigen risico.
- c. De verzekeringnemer of verzekerde is in geval verzekerde is gedetineerd, verplicht binnen een maand na ingang van de betreffende detentie Avéro Achmea daarvan in kennis te stellen.

Art. 9 Overige voorwaarden

- A** **Onwaarachtige weergave van feiten**
Avéro Achmea verricht materiële controle en fraudeonderzoek overeenkomstig hetgeen daarover voor deze overeenkomst is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.
- Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:**
1. Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
 2. Avéro Achmea vordert alle reeds uitgekeerde kosten per

datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug;

3. Avéro Achmea heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, en/of vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

B Onrechtmatige inschrijving

1. Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen (of niet langer) verzekeringsplicht bestaat.
2. Avéro Achmea zal de in rekening gebrachte premie, te rekenen vanaf de dag dat de verzekeringsplicht voor verzekerde niet langer bestond, verrekenen met de door verzekerde sindsdien voor rekening van Avéro Achmea genoten zorg, en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij verzekerde in rekening brengen.

Art. 10 Registratie van persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering vraagt Avéro Achmea om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruikt Avéro Achmea voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie.

Art. 11 Geschillen

- A Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- B Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door Avéro Achmea in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kunnen eerstgenoemden Avéro Achmea verzoeken deze beslissing te heroverwegen.
Een dergelijk verzoek dient schriftelijk te worden gericht aan de directie van Avéro Achmea.
- C Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door Avéro Achmea wordt gereageerd, dan wel Avéro Achmea gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.
- D In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Postbus 291, 3700 AG Zeist. Deze stichting kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het toepasselijke reglement.
- E. Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen klachten indienen bij de NZa over door Avéro Achmea gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. De uitspraak van de NZa geldt voor de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument als bindend advies.

Hoofdstuk 2. Dekking zorgverzekering

Inhoudsopgave:

- Art. 1 Inleiding
- Art. 2 Aanspraken geneeskundige zorg
 - A Medisch-specialistische zorg
 - B Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
 - 1. Specialistische (geneeskundige) Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ)
 - 2. Eerstelijnspsychologische zorg
 - 3. Persoonsgebonden budget
 - C Verloskundige zorg en kraamzorg
 - D Overige medisch-specialistische zorg
 - E Paramedische zorg:
 - 1. Fysiotherapie en oefentherapie
 - 2. Ergotherapie
 - 3. Logopedie
 - 4. Dieetadvisering
 - F Zorg door een huisarts
 - G Mondzorg
 - H Farmaceutische zorg
 - I Hulpmiddelenzorg
 - J Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer
- Art. 3 Buitenland
- Art. 4 Uitsluitingen
- Art. 5 Algemeen
- Art. 6 Verplicht eigen risico
- Art. 7 Vrijwillig gekozen eigen risico

Art. 1 Inleiding

- A Deze zorgverzekering omvat aanspraken op vergoeding van kosten en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige op grond van de Zorgverzekeringswet.
- B De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal het op het moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Indien en voorzover, op basis van de WMG, geen (maximum)tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. De kosten van zorg gedeclareerd door een gecontracteerde zorgverlener zullen worden vergoed conform het met deze gecontracteerde zorgverlener overeengekomen tarief.
- C Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgverlener, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van haar beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Avéro Achmea voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch-inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psycho-sociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- D Indien en voor zover Avéro Achmea meer vergoedt dan waartoe zij krachtens deze overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan Avéro Achmea te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Avéro Achmea van het door Avéro Achmea aan de zorgverlener teveel betaalde.

Art. 2 Aanspraken geneeskundige zorg

- A **Medisch-specialistische zorg (excl. Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg)**
Voor de vergoeding van kosten van deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidszorgarts. Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg verleend door de kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 2 onder G.

1. Ziekenhuisopneming

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opneming op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd en 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 aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische 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 opneming.

2. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor: Medisch-specialistische behandeling in een ziekenhuis of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- b. Medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten van met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

3. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

- Op vergoeding van de kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:
- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - c. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - e. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - f. de buikwand (het abdominoplastiek), als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid.

4. Second opinion

Aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van kosten van een second opinion van een andere medisch specialist dan de behandelend arts. Het oordeel of advies kan zowel door verzekerde als door de behandelend arts gevraagd worden.

Voorwaarde

Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van de kosten indien de diagnostiek of behandeling wordt gedekt door deze zorgverzekering.

5. IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

a. IVF

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Een poging omvat vier fasen:

- a. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- b. het afnemen van eicellen (punctie);
- c. bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
- d. de terugplaatsing van een of twee ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Een volledige poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van alle vier genoemde fasen. Een volledige

poging kan echter ook bestaan uit fase b, c en d. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF behandeling waaruit zij zijn ontstaan.

Voorwaarden:

- Avéro Achmea moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor de behandeling;
- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis;
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg ten behoeve van de donor;
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt IVF tot en met 40 jaar vergoed. Na de 41 jarige leeftijd en voor de 45 jarige leeftijd komt IVF voor vergoeding in aanmerking, mits de doelmatigheid van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld;
- Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie.
- Het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) is van toepassing. Vergoeding van de kosten wordt verleend tot maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen.

b. **Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie. Er bestaat geen aanspraak op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.

6. **Uitgesloten medisch-specialistische zorg**

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen en vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- g. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- h. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde.

B **Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg**

1. **Specialistische (geneeskundige) Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)**

Inleiding:

In het kader van deze verzekering wordt onder Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg verstaan: Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is daarbij noodzakelijk.

Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidsarts. 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.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijnspsychologische zorg genoemd in artikel 2, B onder 2.

Aanspraken:

A. **Psychiatrische ziekenhuisopneming**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van opneming 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 en 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 aanspraak op de vergoeding van kosten 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 opneming.

B. **Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van specialistische GGZ door een aanbieder en/of toegelaten GGZ instelling, psychiater, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Eigen bijdrage:

Voor een psychotherapeutische (waaronder ook psychoanalytische) behandeling geldt een eigen bijdrage:

- a. Voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie betaalt de verzekerde een bijdrage van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,00 per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin.
- b. Voor partnerrelatiepsychotherapie is een bijdrage verschuldigd van € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,00 per verzekerde per kalenderjaar.
- c. De bijdrage is niet verschuldigd indien de verzekerde een bijdrage ingevolge artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder

2. **Eerstelijnspsychologische zorg**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 10,- per zitting. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt niet verstaan de behandeling van complexe psychische aandoeningen als bedoeld in art 2 onder B.1.

Voorwaarden:

- Voor de behandelingen moet verzekerde zijn doorverwezen door een huisarts of bedrijfsarts.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk of 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.

3. **Persoonsgebonden budget (PGB GGZ)**

In plaats van de aanspraken omschreven in artikel 2, B onder 1 B. en 2 kan verzekerde aanspraak maken op een persoonsgebonden budget overeenkomstig het Achmea Reglement PGB GGZ. Het Achmea Reglement PGB GGZ maakt deel uit van deze polis en kan bij Avéro Achmea worden opgevraagd.

Voor verzekerden die op 31 december 2007 reeds aanspraak hebben op een PGB vanuit de A.W.B.Z. houden deze aanspraak tot en met 31 december 2008 of zoveel korter als de duur van de indicatie is.

Voorwaarden:

- Verzekerde moet voor de specialistische GGZ zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, of jeugdgezondheidsarts.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of 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.

C

Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op de vergoeding van kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al

dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden dan wel zelfstandig werkende of aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

1. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch specialist medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg als bedoeld in Hoofdstuk 2 artikel 2 "Aanspraken geneeskundige zorg" onder A, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

2. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum

- Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten van verloskundige hulp en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

- Indien de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 104,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

3. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 104,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum. Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in het hieronder vermelde lid 4 "Bevalling en kraambed thuis" sub 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 4 sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

4. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van:

- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- kraamzorg verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, gedurende ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. De omvang van de kraamzorg hangt samen met de persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door Avéro Achmea in overleg met verzekerde, conform het landelijk indicatieprotocol kraamzorg, vastgesteld. Op de vergoeding onder c blijft een bedrag van € 3,70 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

5. Prenatale screening .

Voor alle hierna genoemde onderdelen van prenatale

screening geldt dat de zorgverlener die het uitvoert in het bezit moet zijn van een WBO-vergunning of een samenwerkingsverband heeft met een regionaal centrum met een WBO-vergunning, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

Counseling

Aanspraak bestaat voor de vrouwelijke verzekerde op vergoeding van de kosten van counseling waarbij wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.

Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

Aanspraak bestaat voor de vrouwelijke verzekerde op vergoeding van de kosten van het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel de 20 weken echo genoemd.

Combinatietest

Aanspraak bestaat voor de vrouwelijke verzekerde op vergoeding van de kosten van de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. De aanspraak op vergoeding van de kosten geldt voor vrouwelijke verzekerden:

- van 36 jaar of ouder;
- jonger dan 36 jaar die zijn doorverwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

D Overige medisch-specialistische zorg

1. Revalidatie

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

- 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.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, 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). Voor de hiervoor onder a. en b. bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij Avéro Achmea is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer Avéro Achmea als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een deugdelijk gemotiveerd behandelplan van de behandelend/verwijzend arts. Dit behandelplan dient ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

2. Orgaantransplantaties

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas.

Donor

Onder de aanspraak valt tevens de vergoeding van kosten van zorg waarop ingevolge hoofdstuk 2 van deze polis aanspraak bestaat 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 aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie. Vergoeding van de hiervoor genoemde kosten, voor zover gemaakt aan de kant van de donor, vindt plaats aan de donor gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel - indien en voor zover medisch noodzakelijk - per auto, in verband met de selectie, opname in en ontslag uit het ziekenhuis en met de hiervoor bedoelde zorg ten behoeve van de donor. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor

in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover 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 gedeerde inkomsten. Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf van Avéro Achmea. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

3. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

Aanspraak bestaat op de vergoeding van 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 en voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psycho-sociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoren tevens:

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

4. Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van 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 bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

- 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 het beademingscentrum.

5. Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

6. Trombosedienst

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van de verzekerde;
- het aan de verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in lid c aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

7. Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een arts of medisch specialist. 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 psycho-sociale 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.

8. Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van 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,
- psycho-sociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen, door een audiologisch centrum, een en ander op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

E Paramedische zorg

De aanspraak van paramedische zorg omvat verstrekking van fysiotherapie en oefentherapie en de vergoeding van kosten van ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg die fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden. Om het recht op vergoeding van de kosten te kunnen beoordelen is verzekerde verplicht bij de nota van de eerste behandeling die verzekerde ter declaratie bij Avéro Achmea indient, een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de verwijzend arts te voegen. Dit geldt niet voor acute zorg.

De nota en de betreffende toelichting van de arts die de behandeling noodzakelijk heeft geacht, kunnen worden gezonden aan Avéro Achmea, ter attentie van de medisch adviseur.

1. Fysiotherapie en oefentherapie bij een chronische indicatie (conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering)

1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut. De behandeling dient plaats te vinden op basis van een verwijzing door een arts of medisch specialist. Vergoeding van de hiervoor genoemde behandeling vindt alleen plaats indien er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde chronische aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe.
2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut vanaf de tiende behandeling van het aantal noodzakelijke behandelingen. De behandeling dient plaats te vinden op basis van een verwijzing door een arts of medisch specialist. Indien sprake is van arbeidsgerelateerde klachten, kan aanspraak gemaakt worden op vergoeding van de kosten van fysiotherapeutische behandeling door een bedrijfsfysiotherapeut. Vergoeding van de hiervoor genoemde behandeling vindt alleen plaats indien er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde chronische aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe.

b. Fysiotherapie en oefentherapie bij een niet-chronische indicatie

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste negen behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van de kosten van maximaal negen extra behandelingen per indicatie, per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

2. Ergotherapie

Aanspraak op ergotherapie omvat vergoeding van de kosten van advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een arts, te verlenen door een ergo-

therapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

3. Logopedie

Aanspraak op logopedie omvat vergoeding van de kosten van behandeling door een logopedist, op voorschrift van de arts, tandarts of orthopedagoog, voor zover 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 taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

4. Dieetadvisering

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

F Zorg door een huisarts

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg verleend door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

G Mondzorg (tandheelkundige zorg)

Mondzorg omvat vergoeding van kosten van de tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist.

1. Vergoedingsregeling voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de volgende behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meerdere keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - incidenteel tandheelkundig consult;
 - het verwijderen van tandsteen;
 - fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer dan tweemaal per jaar op die hulp is aangewezen;
 - sealing;
 - parodontale hulp;
 - anesthesie;
 - endodontische hulp;
 - restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - gnathologische hulp;
 - uitneembare prothetische voorzieningen;
 - tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden in het blijvend gebit betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
- ### 2. Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar - algemeen
- Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

Voorwaarden:

- Avéro Achmea moet verzekerde vooraf toestemming hebben gegeven voor alle osteotomie behandelingen (kaakoperaties) en implantaten die dienen ter ondersteuning van een volledige uitneembare prothese.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.

3. Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar - uitneembare prothesen

Aanspraak bestaat op vergoeding van 75% van de kosten van vervaardiging en plaatsing van:

- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;
- een uitneembare volledige immediaatprothese;

- een uitneembare volledige vervangingsprothese;
- een uitneembare volledige overkappingsprothese. Volledig vergoeding wordt verleend voor de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese.

Voorwaarden:

- De prothese moet geleverd en gedeclareerd worden door een tandarts of tandprotheticus. Indien de uitneembare volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde gelden in plaats van de UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes, de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde tarieven.
- #### Voorwaarden:
- Reparaties aan de prothese moeten worden uitgevoerd door een tandarts, of een tandprotheticus.
 - Wanneer de prothese binnen 8 jaar wordt vervangen moet Avéro Achmea verzekerde vooraf toestemming hebben verleend.
 - Wanneer de totale kosten van de prothetische voorziening inclusief techniekkosten bij vervaardiging en plaatsing door een tandarts hoger zijn dan € 600,- per onder- of bovenkaak dan moet Avéro Achmea verzekerde vooraf toestemming hebben verleend.
 - Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450,00 per onder- of bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

4. Implantaten

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat verzekerde zonder deze tandheelkundige implantaten geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Voorwaarden:

- Avéro Achmea moet verzekerde vooraf toestemming hebben verleend. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.

5. Uitneembare volledige prothese op implantaten

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat verzekerde zonder deze volledige prothese geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Er geldt een eigen bijdrage van € 90,- per boven- of onderkaak.

Voorwaarden:

- Avéro Achmea moet verzekerde vooraf toestemming hebben verleend. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.
- De implantaat gedragen prothese moet vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Indien de prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde gelden in plaats van de UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes, de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde tarieven.

6. Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Verzekerden met een lichamelijke en/of geestelijke aandoening die zonder zorg geen tandheelkundige functie kunnen behouden of verwerven gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie welke zij zouden hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking,

hebben aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling door een tandarts, kaakchirurg of het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voorwaarden:

- Avéro Achmea moet verzekerde vooraf toestemming hebben verleend. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- Verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de kosten indien verzekerde is doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

7. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat verzekerde zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en verzekerde zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- verzekerde volgens de richtlijnen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen. Voor extreem angstige verzekerde geldt bij preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare (niet zijnde volledige) prothetische voorzieningen een wettelijke bijdrage ter hoogte van het verschil ten opzichte van het reguliere tandheelkundige tarief.

Voorwaarden:

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Avéro Achmea moet verzekerde vooraf toestemming hebben gegeven. Op verzoek van verzekerde stuurt Avéro Achmea een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van de kosten indien verzekerde is doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts-specialist.

8. Orthodontie in bijzondere gevallen

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groei stoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Voorwaarden:

- Verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de kosten van orthodontische behandeling in geval verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat verzekerde zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die verzekerde gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines vereisen;
- Avéro Achmea moet verzekerde vooraf toestemming hebben verleend. Op verzoek van verzekerde stuurt Avéro Achmea een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

H Farmaceutische zorg

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van:

- a. de met de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
- b. met het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of

3. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, 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.
- 2. De onder lid 1a genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van terhandstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Avéro Achmea. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement farmaceutische zorg van Achmea dat onderdeel uitmaakt van deze verzekering en desgewenst wordt toegestuurd door Avéro Achmea. De aanwijzing door Avéro Achmea geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel ter hand te stellen, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Tenzij Avéro Achmea nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 van dit artikel genoemde middelen ter hand te zijn gesteld op voorschrift van een behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts. Voor de aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden nadere voorwaarden zoals opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt Avéro Achmea in het reglement farmaceutische zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de terhandstelling van een aantal geneesmiddelen.

3. Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
- 4. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. In de Regeling zorgverzekering is geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.
- 5. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding van kosten in aanmerking als er sprake is van een verzekerde:
 - a. die lijdt aan een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, of
 - b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
 - een chronisch obstructief longlijden,
 - een cystische fibrose of
 - een ernstige congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

I Hulpmiddelenzorg

A. Algemeen.

- 1. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Op deze verzekeringsovereenkomst is het Avéro Achmea Reglement Hulpmiddelen 2008 van toepassing en deze wordt desgewenst toegestuurd. In het Reglement Hulpmiddelen van Avéro Achmea zijn de voorwaarden met betrekking tot de vergoeding van hulpmiddelen en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. In afwijking van artikel 2 C (Hoofdstuk 1) is in het Reglement Hulpmiddelen verder bepaald welke hulpmiddelen door Avéro Achmea in bruikleen worden verstrekt.
- 2. Daar waar Avéro Achmea dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervan-

ging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming van Avéro Achmea vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

3. De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel 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.
4. De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Avéro Achmea.
5. Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
6. Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de aanspraak Hulpmiddelenenzorg zoals vermeld in dit artikel. Evenmin vallen onder de vergoeding de kosten van die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop ingevolge de AWBZ aanspraak bestaat.
7. Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door Avéro Achmea in het betreffende reglement zijn opgenomen.

B. Overige hulpmiddelen, als onderdeel van de medisch specialistische zorg

Onderstaande hulpmiddelen kunnen worden ingezet als onderdeel van de medisch specialistische zorg, als bedoeld in artikel 2 A onder 1, 2 en 3.

Het gebruik van deze hulpmiddelen is alleen mogelijk onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, ongeacht de plaats van behandeling. Dit betekent dat de behandeling eventueel thuis kan plaatsvinden of worden voortgezet als de medisch specialist dat doelmatig en verantwoord acht.

CPM motorslede

Het gebruik van een CPM motorslede ter nabehandeling van een operatieve behandeling van letsel aan knie- of enkelgewricht, maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

VAC (Vacuum Assisted Closure) System

Het gebruik van een vacuüm pomp systeem als behandeling van langdurige grote open (ontstoken) wonden, maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

Telemonitoring

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van huur van apparatuur voor telemonitoring en de daarbij behorende begeleiding in verband met chronisch hartfalen.

Voorwaarde:

Aanspraak op vergoeding van de kosten bestaat indien de apparatuur wordt geleverd door Philips en de begeleiding wordt verzorgd onder supervisie van de behandelend cardioloog.

J. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer:

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

1. Ambulancevervoer

- a. Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, doch uitsluitend indien en voor zover 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 Avéro Achmea toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.
- b. De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat:
 1. Het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten – met inachtneming van een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen.
 2. Het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan

verblijven.

3. 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.
4. Het vervoer naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen bedoeld in onderdeel 1,2 en 3.
- c. Tot de aanspraak op vergoeding van de kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

2. Zittend ziekenvervoer

- a. Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op de 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 artikel 2, lid J onder 1, sub b en c van deze voorwaarden, per taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de volgende situaties:
 - de verzekerde die nierdialyse moet ondergaan;
 - de verzekerde die oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - de verzekerde die 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 verzekering 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 verzekering komt. Avéro Achmea kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien Avéro Achmea 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 ten hoogste 200 kilometer niet.
- b. 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 verstrekken 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 behandelend arts.
- c. Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan Avéro Achmea vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.
- d. Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het de begeleiding betreft van een verzekerde jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan Avéro Achmea vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- e. Verzekerde dient voor het aanvragen van toestemming voor zittend ziekenvervoer gebruik te maken van de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak heeft. De folder inzake deze service wordt desgewenst door Avéro Achmea toegezonden.
- f. Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 86,- 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.

Art. 3 Buitenland

- A De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van kosten voor zorg bedoeld als in Hoofdstuk 2, artikel 1 lid B van een zorgverlener buiten Nederland.
- B De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
 - tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- C De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
 1. tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum)tarief, indien de zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
 2. indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- D Lid B is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- E In de gevallen bedoeld in lid A t/m D vindt, indien Avéro Achmea vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats die meer kan bedragen dan de onder onderdeel A van dit artikel aangegeven vergoeding.

Art. 4 Uitsluitingen

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bij voorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij bij ministeriële Regeling anders is bepaald;
- het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.;
- 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;
- een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.

Art. 5 Algemeen

A Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polisvoorwaarden omschreven

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polisvoorwaarden, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en Avéro Achmea voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

B Opneming in een andere dan de verzekerde klasse

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

C Begin en einde van de vergoeding

Indien verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze polisvoorwaarden recht heeft op vergoeding van door verzekerde gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover verzekerde zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

Art. 6 Verplicht eigen risico

- a. Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

- b. Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

- c. Op de vergoeding van zorgkosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering verleend worden, wordt het verplicht eigen risico van € 150,- ingehouden. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:
 - de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZA vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.

Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

1. een bedrag terzake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
2. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen Avéro Achmea en de huisarts van de verzekerde of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - de kosten van de reguliere jeugd tandzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledig prothese.
- d. De kosten van zorg die vanuit deze zorgverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 7.
- e. Wanneer verzekerde in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat het verplichte eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid vermindert.
- f. Wanneer de zorgverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid vermindert.
- g. Bij beëindiging van de zorgverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden vermindert.
- h. In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken of vergoedingen vanuit deze zorgverzekering, een bedrag voor rekening van verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.
- i. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- j. Wanneer Avéro Achmea rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van verzekeringnemer worden teruggevorderd.

Art. 7 Vrijwillig gekozen eigen risico

- a. Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De zorgverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in dat geval vermeld op de polis. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Deze premiekortingen staan vermeld op de premiebijlage die onderdeel uitmaakt van deze polis.
- b. Indien op de zorgpolis een vrijwillig eigen risico is vermeld, wordt dit vrijwillig eigen risico in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleend. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 1. een bedrag terzake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 2. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen Avéro Achmea en de huisarts van de verzekerde of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - de kosten van de reguliere jeugd tandzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledig prothese.
- d. De kosten van zorg die vanuit deze zorgverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 7.
 - e. Wanneer verzekerde in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat het vrijwillig gekozen eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het vrijwillig gekozen eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
 - f. Wanneer uw zorgverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
 - g. Bij beëindiging van uw zorgverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het vrijwillig gekozen eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.
 - h. In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken of vergoedingen vanuit deze zorgverzekering, een bedrag voor rekening van verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
 - i. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het vrijwillig gekozen eigen risico.
 - j. Wanneer Avéro Achmea rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel van verzekeringnemer worden teruggevorderd.