
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 Zorgverzekering 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-Geneeskundigen 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 tandheerkunde:**
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. **Gecontracteerde zorg:**
De vorm van zorg of dienst waarvoor Avéro Achmea met een aanbieder van zorg een overeenkomst tot levering heeft gesloten.
 17. **Gezondheidszorgpsycholoog:**
Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
 18. **GGZ-instellingen:**
Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten.
 19. **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
 20. **Hulpmiddelenzorg:**
De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Achmea vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
 21. **Jeugdgezondheidszorgarts:**
De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.
 22. **Kaakchirurg:**
Een tandarts-specialist die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
 23. **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.
 24. **Klinisch psycholoog:**
Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
 25. **Kraamcentrum:**
Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.
 26. **Logopedist:**
Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
 27. **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.
 28. **Medisch adviseur:**
De arts die Avéro Achmea in medische aangelegenheden adviseert.
 29. **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.
 30. **Mondhygiënist:**
Een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".
 31. **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.
 32. **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".
 33. **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.
 34. **Orthodontist:**
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
 35. **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.
 36. **Psychotherapeut:**
Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
 37. **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.
 38. **Tandarts:**
Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
 39. **Tandprotheticus:**
Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".
 40. **Toestemming**
De door Avéro Achmea verleende schriftelijke goedkeuring.
 41. **Verblijf:**
Opneming met een duur van 24 uur of langer.
 42. **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.
 43. **Verloskundige:**
Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
 44. **Verzekerde:**
Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of

- op het bewijs van inschrijving is vermeld.
45. **Verzekeringnemer:**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met Avéro Achmea is aangegaan.
 46. **Wet BIG:**
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
 47. **Zelfstandig behandelcentrum:**
Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling) dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
 48. **Ziekenhuis:**
Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
 49. **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 Zorppas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan invoeren bij zorgverlener(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat. De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij Avéro Achmea worden gedeclareerd.
- C Behoudens de eigen bijdrage kan verzekerde aanspraak maken op gecontracteerde zorg (natura) of vergoeding van kosten van zorg verleend door niet gecontracteerde zorgverleners (restitutie).
Indien gecontracteerde zorg wordt verleend door een niet gecontracteerde zorgverlener bestaat aanspraak op een lagere vergoeding van de kosten.
Indien van dit laatste sprake is, wordt daarvan in de voorwaarden uitdrukkelijk melding gemaakt.
De overeenkomst met een gecontracteerde zorgverlener omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs en/of de kwaliteit en/of de doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners in uw omgeving wordt desgewenst door Avéro Achmea toegestuurd.
- D De aanspraak op zorg of 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, zo nodig 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 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 artikel 3 C, onder 1, onderdeel c of d, dan wel 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 3 C, 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 privacyregulering;
 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 hoeft Avéro Achmea geen kosten te vergoeden.
- C. Elektronisch notaverkeer en overige rechtstreekse betalingen:
Het door Avéro Achmea voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigde eigen risico- of bijdragebedrag en/of de door Avéro Achmea voorgeschoten 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, kosten of vorderingen uit hoofde van kosten die Avéro Achmea voor verzekerde heeft voorgeschoten, 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 verstrekking of op 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 Herverzekering maatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde 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.
In geval 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 clauseleblad 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 gekozen 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 verzekerings-

overeenkomst 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 zijn 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 zorg en vergoeding van kosten van zorg 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. Verzekerde heeft aanspraak op zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staan beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- B. 1. Als zorg nodig is die deel uitmaakt van de zorgverzekering heeft verzekerde de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met Avéro Achmea. Avéro Achmea verstrekt informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo'n overeenkomst bestaat.
- 2. Als verzekerde zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee Avéro Achmea geen overeenkomst heeft afgesloten en Avéro Achmea voldoende zorg heeft ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft verzekerde recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding wordt beschreven, wanneer van toepassing, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is. Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen bijdrage verschuldigd is heeft verzekerde aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal:
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. Verzekerde kan telefonisch contact opnemen met Avéro Achmea voor de hoogte van de vergoeding.
- 3. Wanneer en voor zover meer wordt vergoed dan waartoe Avéro Achmea door de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan Avéro Achmea een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van Avéro Achmea van het voor verzekerde aan de zorgverlener teveel betaalde.
- C. Wanneer de voor verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed.
De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- Wanneer en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Art. 2 Aanspraken

- A. Medisch-specialistische zorg
Voor de vergoeding van de kosten voor 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. **Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis (Excl. Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg)**
Aanspraak bestaat bij dagbehandeling of ziekenhuisopneming voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen op vergoeding van de kosten van onderstaande zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
Vergoed wordt de kosten van:
 - verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
 - medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
 - de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opneming. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor een aantal behandelingen geldt dat wanneer gebruik wordt gemaakt maakt van een hiervoor niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener verzekerde recht heeft op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dit geldt voor de volgende behandelingen:
 - Liesbreuk;
 - Spataderen;
 - Galblaasoperatie;
 - (Verdenking op) borstkanker;
 - Psoriasis;
 - Zwangerschap en bevalling;
 - Incontinentie;
 - (Neus- en keel-)amandelen knippen;
 - Onderzoek i.v.m. slaapstoornissen en behandeling van obstructief slaap apnoe syndroom;
 - Diabetes bij kinderen (behandeling door kinderarts);
 - Chronische darmontstekingen (ziekte van Crohn en colitis ulcerosa);
 - Borstverkleining met medische indicatie;
 - Staaroperatie;
 - Artrose van heupen of knieën, inclusief plaatselijke gewrichtsprotheses;
 - Meniscus- of voorste kruisband letsel;
 - (Verdenking op) rughernia;
 - Reumatoïde artritis;
 - Ziekte van Bechterew;
 - Nierstenen en urinewegstenen;
 - Prostaatklachten, inclusie (verdenking op) prostaatkanker;
 - (Verdenking op) blaaskanker.
- Voorwaarden**
 - Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet verzekerde Avéro Achmea voor ziekenhuisopneming tenminste drie weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van toestemming geeft Avéro Achmea het ziekenhuis een garantieverklaring.
 - Verzekerde moet de huisarts of medisch specialist machtingen de reden van opneming aan de medisch adviseur bekend te maken.
- Uitsluiting**
Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 2 B 1 onder A van toepassing.

2. Niet- Klinisch medisch-specialistische zorg (Excl. Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg)

A. Zelfstandig behandelcentrum

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling in een zelfstandig behandelcentrum.

Vergoed wordt de kosten van:

- verpleging en verzorging;
 - medisch specialistische zorg;
 - de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Bij behandeling door een niet door Avéro Achmea gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum heeft verzekerde recht op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarden

- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet verzekerde Avéro Achmea voor Ziekenhuisopneming tenminste drie weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van toestemming geeft Avéro Achmea het ziekenhuis een garantieverklaring.
- verzekerde moet de huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur bekend te maken.
- De kosten worden vergoed indien verzekerde is doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

B. Medisch Specialistische zorg (poliklinisch)

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
 - de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 2 A onder 1 moet verzekerde van te voren contact met Avéro Achmea opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer verzekerde gebruik maakt van een hiervoor niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener verzekerde recht heeft op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

De kosten worden alleen vergoed wanneer verzekerde is doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft verzekerde geen verwijzing nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 2 B 1 onder B van toepassing.

C. Medisch specialistische zorg (Extramuraal) specialistische zorg (extramuraal)

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Vergoed wordt de kosten van:

- medisch specialistische zorg;
 - de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.
- Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 2 A onder 1 moet verzekerde van te voren contact met Avéro Achmea opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer verzekerde gebruik maakt van een hiervoor niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener verzekerde recht heeft op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

De kosten worden vergoed indien verzekerde is doorverwezen door een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medisch specialist.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 2 B 1 onder B van toepassing.

3. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Er bestaat slechts aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard 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 verslaptte 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 urinewegen geslachtsorganen;
- e. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- 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 huidplooien of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid.

4. Second opinion

Verzekerde heeft aanspraak op een tweede mening van een andere medisch specialist dan de behandelend arts. Het oordeel of advies kan zowel door verzekerde als door de behandelend arts worden gevraagd.

Voorwaarde

Er bestaat alleen aanspraak wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze zorgverzekering valt.

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

a. IVF

Aanspraak bestaat op 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 één 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 verzekerde 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 eiceldonatiebehandeling 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 40 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 2 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;
 - Het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) is van toepassing. Vergoeding van de kosten wordt verleend tot maximaal de door de overheid vastgestelde bedragen.
- #### b. Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen
- Aanspraak bestaat op 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 verstreking van c.q. de 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 borstampuatie;
 - d. het operatief verwijderen en vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke

- borstampatie;
 - 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 mannelijke verzekerde.
- B. Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg**
- 1. Specialistische (geneeskundige) Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)**
 - A. Psychiatrische ziekenhuisopneming**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de 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, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekenden vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
Vergoed wordt de kosten van:
 - de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
 - het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
 - de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opneming.De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.
Bij behandeling door een niet door Avéro Achmea gecontracteerd psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis heeft verzekerde recht op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.
Voorwaarden
 - Verzekerde moet 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 wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
 - B. Niet klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut.
Vergoed wordt de kosten van:
 - de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
 - de met de behandeling gepaard gaande verpleging;
 - de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.
Voor een psychotherapeutische behandeling geldt een wettelijke eigen bijdrage. De wettelijke eigen bijdrage voor individuele, groeps- of gezinstherapie bedraagt €15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin. De wettelijke eigen bijdrage voor partnerrelatietherapie bedraagt € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar.
Bij behandeling door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog heeft verzekerde recht op vergoeding van maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Voorwaarden
 - Verzekerde moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg 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 wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
 - 2. Eerstelijnspsychologische zorg**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen 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. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Bij behandeling door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog heeft verzekerde recht op vergoeding van maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Voorwaarden

- Voor de eerste vier korte behandelingen (halve zittingen) door een specifiek hiervoor gecontracteerde zorgverlener is geen verwijzing noodzakelijk. Voor vervolgzittingen na deze eerste vier halve zittingen en voor reguliere behandelingen (hele zittingen) bij deze zorgverleners moet verzekerde zijn doorverwezen door een huisarts of bedrijfsarts.
- Voor behandelingen bij de overige zorgverleners 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 wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

3. Persoonsgebonden budgetgeestelijke gezondheidszorg (PGB GGZ)

Verzekerde kan in plaats van de aanspraken omschreven in artikel 2 B 1 onder B en Artikel 2 B onder 2 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 worden gedownload vanaf de website of bij Avéro Achmea worden opgevraagd.

Wanneer verzekerde op 31 december 2007 een persoonsgebonden budget ontvangt voor geestelijke gezondheidszorg, die met ingang van 1 januari 2008 onderdeel uitmaakt van aanspraken als omschreven in artikel 10 waar de looptijd van het oorspronkelijke AWBZ-indicatiebesluit nog niet van is verstreken, geldt een overgangstermijn van maximaal één jaar. Tot 1 januari 2009, dan wel zoveel korter als de looptijd van het oude indicatiebesluit, behoudt verzekerde het persoonsgebonden budget zoals dat op grond van de AWBZ was vastgesteld.

Voorwaarden

- Verzekerde moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnspsychologische zorg 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 wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

C. Bevalling en verloskundige hulp en kraamzorg

1. Met medische noodzaak

Aanspraak bestaat voor vrouwelijke verzekerden op vergoeding van de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Voor de verloskundige zorg door een verloskundige in een ziekenhuis geldt dat dit onder verantwoordelijkheid gebeurt van een medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, wanneer de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinische of klinisch). De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde verloskundige heeft verzekerde recht op maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

2. Zonder medische noodzaak

Aanspraak bestaat voor vrouwelijke verzekerden op vergoeding van de kosten van:

- het gebruik van de verloskamer, wanneer er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of kraam-inrichting bestaat. Voor het gebruik van de verloskamer geldt een wettelijke eigen bijdrage;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze

niet beschikbaar is, door een huisarts.

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden. Bij behandeling door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde verloskundige heeft verzekerde aanspraak op vergoeding van maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

3. Kraamzorg

Aanspraak bestaat voor vrouwelijke verzekerden op vergoeding van de kosten van kraamzorg:

Thuis.

Avéro Achmea regelt voor de zwangere verzekerde de noodzakelijke kraamzorg. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 3,70 per uur kraamzorg. Als verzekerde de noodzakelijke kraamzorg niet door Avéro Achmea wilt laten regelen, komt daarbij een extra eigen bijdrage van € 5,- per uur kraamzorg. De omvang van de kraamzorg hangt samen met de persoonlijke situatie van verzekerde na de bevalling en wordt door het kraamcentrum in goed overleg met verzekerde, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Een toelichting op dit protocol kan worden gedownload vanaf de website of bij Avéro Achmea worden opgevraagd.

In het ziekenhuis.

Als verzekerde zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevalt, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 14,50 per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat. Verzekerde krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Informatie over de kraamzorgservice kan worden gedownload vanaf de website of bij Avéro Achmea worden opgevraagd.

Voorwaarde

Als verzekerde de kraamzorg door Avéro Achmea wilt laten regelen, moet verzekerde uiterlijk in de 5e maand van de zwangerschap contact met Avéro Achmea opnemen.

4. 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.

1. Counseling

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op counseling waarbij wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.

2. Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel de 20 weken echo genoemd.

3. Combinatietest

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

- van 36 jaar of ouder;
 - jonger dan 36 jaar die zijn doorverwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.
- Bij behandeling door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener heeft verzekerde recht op vergoeding van maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

D. Overige medisch-specialistische zorg

1. Revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

Aanspraak bestaat op revalidatie, maar uitsluitend als:

- deze zorg voor 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;
- verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is. Revalidatie kan plaatsvinden:
- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling

2. Orgaantransplantaties

Aanspraak bestaat op:

- transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier pancreas;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor; het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie. De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van:
- zorg, waarop volgens deze polis aanspraak bestaat, gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen en uitsluitend wanneer de verleende zorg verband houdt met die opname;
- het vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – wanneer en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige zin;
- 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 en de overige transplantatie kosten, 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 gederfde inkomsten.

Voorwaarde

Avéro Achmea moet verzekerde bij een hiervoor niet door Avéro Achmea gecontracteerde instelling vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

3. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

Aanspraak bestaat op nierdialyse in een ziekenhuis, dialysecentrum of bij verzekerde thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde en van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn. Daarnaast heeft verzekerde bij thuisdialyse aanspraak op vergoeding van:

- de kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen) en 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.

Voorwaarde

Verzekerde moet bij thuisdialyse vooraf een begroting van de kosten overleggen.

4. Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg in een beademingscentrum. Als de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij verzekerde thuis bestaat de zorg uit:

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en de daarbij toegepaste farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

5. Oncologische aandoeningen bij kinderen

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

6. Trombosedienst

Aanspraak bestaat op zorg door de trombosedienst. Verzekerde moet zijn doorverwezen door een arts. De zorg omvat:

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

7. Erfelijkheidsonderzoek en -advise

Aanspraak bestaat op erfelijkheidsonderzoek en -advise in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadvise in de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Wanneer noodzakelijk voor het advies aan verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan verzekerde; aan hen kan dan ook adviseering plaatsvinden.

Voorwaarde

Verzekerde moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.

8. Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op zorg in een audiologisch centrum.

De zorg omvat:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- adviseering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg wanneer noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een tot dat doel door Avéro Achmea gecontracteerd audiologisch centrum.

Voorwaarde

Verzekerde moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts, keel-, neus- en oorarts of jeugdgezondheidszorgarts.

E. Paramedische zorg

1. Fysiotherapie en oefentherapie

a. Chronische aandoeningen

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de 10e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kan worden gedownload vanaf de website of bij Avéro Achmea worden opgevraagd. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat tevens aanspraak op vergoeding van de eerste 9 behandelingen.

Bij behandelingen door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut wordt maximaal € 20,- per zitting vergoed. Bij overige prestaties door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut wordt vergoeding verleend conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en kan worden gedownload vanaf de website of kan bij Avéro Achmea worden opgevraagd.

Voorwaarden

- Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten indien verzekerde is doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moet Avéro Achmea vooraf schriftelijk toestemming aan verzekerde hebben gegeven.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een hiervoor door Avéro Achmea gecontracteerde huidtherapeut.

Uitsluiting

Niet vergoed worden de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

b. Niet chronische aandoeningen

Voor verzekerden tot 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van 9 behandelingen per aandoening per jaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut, eventueel verlengd met nogmaals 9 behandelingen wanneer er sprake is van ontoereikend resultaat.

Bij behandelingen door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut worden de kosten van maximaal € 20,- per zitting vergoed. Bij overige prestaties door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut wordt vergoeding verleend conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en kan worden gedownload vanaf de website of kan bij Avéro Achmea worden opgevraagd.

Voorwaarden

- Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten indien verzekerde is doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moet Avéro Achmea vooraf schriftelijk toestemming aan verzekerde hebben gegeven.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een hiervoor door Avéro Achmea gecontracteerde huidtherapeut.

Uitsluiting

Niet vergoed worden de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

2. Ergotherapie

Aanspraak bestaat op 10 uur adviseering, instructie, training of behandeling per kalenderjaar door een ergotherapeut met als doel de zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde

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

3. Logopedie

Aanspraak bestaat op behandeling door een logopedist 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. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Voorwaarde

Er bestaat alleen aanspraak wanneer verzekerde is doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.

Uitsluiting

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

4. Dieetadviseering

Aanspraak bestaat op 4 uur dieetadviseering per kalenderjaar door een diëtist. Dieetadviseering omvat de voorlichting en adviseering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- Verzekerde moet zijn doorverwezen door een arts of tandarts.
- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.

F. Zorg door een huisarts

Aanspraak bestaat op:

- zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is;
 - röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.
- De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. Tevens heeft verzekerde aanspraak op een aantal door

een huisarts uitgevoerde behandelingen, die eveneens vallen onder de zorg die medisch specialisten plegen te bieden. Verzekerde heeft alleen aanspraak op deze behandelingen wanneer Avéro Achmea dit in het contract met de desbetreffende huisarts is overeengekomen.

Voorwaarde

Aanspraak bestaat op laboratoriumkosten wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

G. Mondzorg

Inleiding:

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:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meerdere keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer dan tweemaal per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. tandvervangende hulp met nietplastische 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;
 - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n. 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,- 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, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel 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, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel 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 verzoek stuurt Avéro Achmea 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, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel 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 groeistoornis 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, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel 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 mededagnostiek 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. Algemeen

Aanspraak bestaat conform het Achmea reglement Farmaceutische Zorg, op vergoeding de kosten van:

- geregistreerde geneesmiddelen die op basis van het Besluit zorgverzekering zijn aangewezen door Achmea. Er bestaat een limitatieve lijst van geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden. Een daarvan is dat voor verstrekking van sommige geneesmiddelen vermeld op die lijst Avéro Achmea aan verzekerde toestemming moet geven;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationale farmacotherapie betreft, dit zijn geneesmiddelen die:
 - door of in opdracht van een apotheker in zijn/haar apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - volgens 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
 - volgens 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;
- dieetpreparaten, wanneer er sprake is van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis of een ernstige voedselallergie of wanneer er sprake is van dreigende ernstige ondervoeding bij een verzekerde die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand. Het Achmea reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kan worden gedownload vanaf de website of bij Avéro Achmea worden opgevraagd. Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepas-

sing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld.

Wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, wordt tot maximaal de vergoedingslimiet vergoed. Bij de levering van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en dieetpreparaten door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts wordt een bedrag van € 2,50 per aflevering niet vergoed.

Voorwaarden

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door:
- een huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige of op basis van ministeriële regeling aangewezen verpleegkundige wiens zorg verzekerde volgens deze polis heeft ingeroepen;
- een arts verbonden aan een consultatiebureau voor geboorteregeling, een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- een arts die is verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst en de zorg strekt ter behandeling van tuberculose of tuberculose-infectie.
- De farmaceutische zorg moet geleverd worden door een apotheker of apotheekhoudende huisarts. Vergoed worden de kosten van dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen, wanneer Avéro Achmea vooraf toestemming heeft gegeven en verzekerde voldoet aan de voorwaarden die Avéro Achmea stelt in bijlage 1 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' van het reglement Farmaceutische Zorg.
- Voor insuline is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Uitsluitingen

Niet vergoed worden de kosten van:

- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.
- farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen.
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet.
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

2 Anticonceptiva

Aanspraak bestaat op vergoeding van hormonale anticonceptiva en spiraaltes voor de vrouwelijke verzekerde.

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudende huisarts en dient alleen voor eigen gebruik.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Uitsluiting

Niet vergoed worden de kosten van de eigen bijdrage (bovenlimietprijs)

I

Hulpmiddelenzorg

1. Algemeen

Aanspraak bestaat op vergoeding van:

- levering van hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigen-; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen;
- overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen. Het Achmea reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kan worden gedownload vanaf de website of bij Avéro Achmea worden opgevraagd. Wanneer verzekerde een hulpmiddel aanschaft bij een hiervoor niet door Avéro Achmea gecontracteerde leverancier, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een hiervoor gecontracteerde leverancier. Verzekerde moet er dan rekening mee houden dat een bedrag moet worden bijbetaald. De hoogte van de vergoeding staat vermeld in het Achmea reglement Hulpmiddelen. Conform het Achmea reglement Hulpmiddelen omvat de aanspraak, in afwijking van artikel 1 onder A en het bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ern-

stige visuele beperking kan in plaats van de levering van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen.

Voorwaarden

- Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft verzekerde vooraf geen toestemming nodig en kan verzekerde direct contact opnemen met een leverancier. In de bijlage van het Achmea reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf toestemming van Avéro Achmea vereist, waarbij wordt beoordeeld of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Informatie over het hulpmiddel en een overzicht van de door Avéro Achmea gecontracteerde leveranciers in de omgeving van verzekerde kan worden gedownload vanaf de website of bij Avéro Achmea worden opgevraagd.

2. 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:

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze zorgverzekering komt;
- naar een instelling waar verzekerde ten laste van de AWBZ zal verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ onderzoek of een behandeling moet ondergaan;
- 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;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar het woonadres van verzekerde, of naar een andere woning wanneer verzekerde op het woonadres de zorg redelijkerwijs niet kan krijgen.

Vergoed worden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,25 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - nierdialyse ondergaan;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk zijn.
- Vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een eigen bijdrage van € 86,- per persoon per kalenderjaar. Bij een niet door Avéro Achmea gecontracteerde taxi geldt een maximale kilometervergoeding van € 0,70 per kilometer.

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule. Verzekerde dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer, waarbij het niet verstrekken van dat vervoer voor verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Avéro Achmea bepaalt of verzekerde hiervoor in aanmerking komt.

Voorwaarden:

- Vergoed wordt de kosten van ambulancevervoer indien zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Voor zittend ziekenvervoer moet Avéro Achmea aan verzekerde vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of verzekerde recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer verzekerde aanspraak heeft. Informatie over ziekenvervoer kan worden gevonden in de brochure inzake deze service kan worden gedownload van de site of wordt door Avéro Achmea desgewenst toegezonden.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die Avéro Achmea vanuit de zorgverzekering of de AWBZ vergoedt.
- Wanneer zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, moet Avéro Achmea aan verzekerde vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander middel van vervoer.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door twee begeleiders mogelijk. In dat geval moeten Avéro Achmea aan verzekerde vooraf toestemming hebben gegeven.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij Avéro Achmea anders met verzekerde is overeengekomen.

Art. 3 Buitenland

A Wonen

1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
 - zorg door een zorgverlener die door Avéro Achmea in het buitenland is gecontracteerd;
 - vergoeding van kosten van zorg van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener conform de afspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
 - indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is;
 - het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum-)tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
2. De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
 - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - zorg door een zorgverlener die door Avéro Achmea in het woonland of het land van verblijf is gecontracteerd;
 - vergoeding van kosten van zorg van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener conform de afspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
 - indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is;
 - het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum-)tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
3. De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener conform de afspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
 - indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is;

- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-) tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
4. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de Avéro Achmea vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid artikel 3 onder A aangegeven vergoeding.

B Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

1. Voor zorg aan de verzekerde, die in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan het woonland, heeft deze naar keuze aanspraak op:
 - zorg door een zorgverlener die door Avéro Achmea in dat het woonland is gecontracteerd;
 - vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
 - indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-) tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
 - indien van toepassing, zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
2. Voor zorg aan de verzekerde die woont in Nederland of ander EU/EER-land of Verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, is artikel 3, A onder 3 van overeenkomstige toepassing.
3. Voor zorg aan de verzekerde die niet in Nederland of ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, is artikel 3, A onder 3 van overeenkomstige toepassing.

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 (bijvoorbeeld 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;
- 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 eventueel 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 verminderd.
- f. Wanneer de zorgverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- g. Bij beëindiging van de zorgverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht 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 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.
 - c. Op de vergoeding van zorg kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering verleend worden, wordt het verplicht eigen risico van € 150,- ingehouden. 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 jeugdtandzorg 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 risico-bedrag worden verrekend, dan wel van verzekeringnemer worden teruggevorderd.