

Individueel

Amicon zorgverzekeraar

Pakketvoorwaarden

Kosten - Comfort - Polis

Gesand door

POLISBANK

2002

Algemene bepalingen

Leeftijdsgrens

Het aangaan van een verzekering in deze verzekeringsvorm is voor personen ouder dan 64 jaar niet mogelijk. Ingaande de eerste dag van de maand waarin een verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt, wordt de verzekering gewijzigd in een verzekering voor de Standaard-Pakket-Polis. Alle aanvullende verzekeringen komen dan te vervallen, met uitzondering van de aanvullende klasseverzekering. Voor het aangaan van een verzekering voor ziekenhuisverpleging in klasse 2 geldt een maximumleeftijd van 49 jaar.

Leeftijdsgroep

De indeling naar leeftijdsgroep vindt maandelijks plaats op grond van de leeftijd van de oudste verzekerde in de betreffende kalendermaand.

Kring van verzekerden

Dit verzekeringspakket kan gesloten worden voor één of twee volwassene(n). Kinderen kunnen worden meeverzekerd tot de leeftijd van 21 jaar. Voor kinderen die op grond van het bereiken van de 21-jarige leeftijd de verzekering moeten verlaten, wordt het verzekeringspakket gewijzigd. Indien het laatste kind de verzekering heeft verlaten, kan het verzekeringspakket voor de dan nog aanwezige verzekerden worden gewijzigd, ingaande op de dag waarop dit kind het pakket verlaat.

Wijziging van pakket of klasse

Wijziging van de verzekering van een hogere naar een lagere verzekerde klasse is zonder voorwaarden mogelijk telkens per 1 januari. Op andere wijzigingen is artikel 7 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen van toepassing. De meldingen c.q. aanvragen dienen voor aanvang van het kalenderjaar te worden ingediend.

Jaarbetaling

Op de premie wordt een korting van 2% gegeven, wanneer de premie over een vol kalenderjaar vóór 15 januari van dat jaar door de verzekeraar is ontvangen. Deze korting geldt niet voor de wettelijke bijdragen.

Kinderpremie

Kinderen tot 18 jaar zijn gratis meeverzekerd. Voor kinderen van 18 tot 21 jaar wordt de kinderpremie in rekening gebracht. Kinderen waarvoor geen premie verschuldigd is, kunnen bij ziekenhuisopname slechts aanspraak maken op verpleging in de 3e klasse.

Wettelijke bijdragen MOOZ* en Omslagregeling WTZ**

De bijdragen die aan verzekerden op grond van de MOOZ en de Omslagregeling WTZ samen met de premie in rekening worden gebracht, worden geacht onderdeel te zijn van die premie.

Toestemming

Daar waar in het Overzicht vergoedingen sprake is van vereiste toestemming, verleent de verzekeraar, gehoord zijn medisch adviseur, vooraf toestemming voor vergoeding van de kosten op basis van een medische aanvraag door huisarts, specialist of tandarts, met inachtneming van de medische noodzaak.

* MOOZ = Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden

** WTZ = Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering

Omvang van de verzekering

De aanspraak op vergoeding van de kosten is hierna in het Overzicht vergoedingen omschreven.

Het totaal van de eigen bijdragen van 10 % genoemd in het Overzicht vergoedingen onder de punten 3.1, 4, 5, 6, 8, 14, 16.2, 18, 19, 20, 21, 24.1, 24.3, 25, 26.1, 27.3, 27.4a, 28, 29, 30 en 31.2 blijft per gezin per kalenderjaar beperkt tot:

voor één volwassene met of zonder kind(eren): € 150,-

voor twee volwassenen met of zonder kind(eren): € 200,-

Bijzondere voorwaarden betreffende de eigen bijdrage

Voor de bepaling van de hoogte van de eigen bijdrage is de gezinssituatie bij de aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Bij tussentijdse beëindiging vindt geen verrekening van de eigen bijdrage plaats.

Ten behoeve van vaststelling van een eventueel nog te verrekenen eigen bijdrage, dienen alle originele nota's bij de verzekeraar te worden aangeboden. De verrekening van de eigen bijdrage blijkt uit de door de verzekeraar afgegeven uitkeringsspecificatie. De vergoedingen worden in principe uitbetaald aan de verzekerde, door middel van overschrijving van het bedrag op het bank- of girorekeningnummer dat door verzekerde aan verzekeraar is opgegeven. Verzekerde dient ervoor zorg te dragen dat de nota's naar behoren zijn gespecificeerd zodat de vergoeding zonder navraag kan worden vastgesteld.

Overzicht vergoedingen

Met inachtneming van het bepaalde in de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen en het bepaalde ten aanzien van de omvang van de verzekering in deze pakketvoorwaarden wordt voor de hiernavolgende onderdelen de volgende vergoeding gegeven.

Opname in een ziekenhuis

Volledige vergoeding van de kosten van verpleging op basis van de verzekerde klasse. De kosten voor de specialistische zorg gedurende de opname en verdere bijkomende kosten worden eveneens volledig vergoed. Alle kosten dienen verband te houden met de opname in het ziekenhuis.

Indien meeverzekerd geeft de 2e klasseverzekering recht op vergoeding van verpleging in de 2e klasse van een ziekenhuis, dat beschikt over een 2e klasse. Beschikt het ziekenhuis over een gesplitste 2e klasse, dan bestaat op basis van de klasseverzekering tevens recht op verpleging in klasse 2A of 2B.

Indien verzekerde wordt opgenomen op basis van 3e klasse, terwijl hij/zij voor een hogere klasse is verzekerd, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 25,- per verpleegdag tot een maximum van 30 verpleegdagen per kalenderjaar.

Dagbehandeling in een ziekenhuis

Volledige vergoeding.

Revalidatie

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar worden vergoed:

- De kosten van poliklinische revalidatie;
- De kosten van niet-poliklinische revalidatie.

Eigen bijdrage voor onderdeel 3.1 is 10%.

Niet-klinische specialistische behandeling

Vergoeding van de kosten.

Uitzondering: kosten van behandeling door een psychiater (zie punt 32: Psychotherapie).

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Preventie en vroegdiagnostiek

Hart- en bloedvaten

Vergoeding van de kosten van preventief onderzoek van hart- en bloedvaten, maximaal eenmaal per twee jaar.

Baarmoederhalskanker

Vergoeding van de kosten van onderzoek naar baarmoederhalskanker.

Borstkanker

Vergoeding van de kosten van onderzoek naar borstkanker.

Vaccinaties

Vergoeding van het honorarium van de behandelaar en het vaccin bij antigriep-
inenting, inenting tegen hondsdolheid en rode hond en inenting van pas-
geborenen tegen hepatitis-B, als de moeder draagster is van dat virus.

Vergoeding vindt plaats als bovengenoemde handelingen worden verricht door
een huisarts, een specialist of een erkend diagnostisch centrum.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Second opinion

De kosten voor het eenmalig raadplegen van een andere specialist, wanneer de
behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorge-
steld, worden vergoed.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Weefseltypering

Volledige vergoeding van de kosten van weefseltypering door de Stichting
Eurotransplant.

SNWLK

Vergoeding van de kosten van de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij
Kinderen (SNWLK) voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van
ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Organtransplantaties

De kosten van de volgende transplantaties zijn in de verzekering opgenomen: huid-, hoornvlies-, beenmerg-, bot-, nier-, hart-, hartlong-, nierpancreastransplantaties en transplantaties van de lever, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger (orthotope transplantatie).

De kosten van verpleging en behandeling van de donor worden vergoed tot ten hoogste het tarief waarvoor de donor verzekerd is. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor voor de transplantatie werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende transplantatie.

Dialyse

Volledige vergoeding van de met dialyse verband houdende kosten. De dialyse kan zowel in een ziekenhuis, een erkend dialysecentrum als bij de verzekerde thuis plaatsvinden. Bij thuisdialyse kan ook vergoeding plaatsvinden van bepaalde niet-medische kosten na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

Fertiliteitbevorderende behandelingen

De kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en van kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast kan, na voorafgaande toestemming van de verzekeraar, een tegemoetkoming in de kosten worden gegeven voor een in-vitrofertilisatiebehandeling (IVF) of een ICSI-behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient daarbij sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie. Bij de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Maximaal komen drie IVF of ICSI-behandelingen per behandelde vrouwelijke verzekerde per bewezen zwangerschap voor vergoeding in aanmerking. Per IVF- of ICSI-behandeling geldt een eigen risico van € 360,-.

Het maximum van drie behandelingen is inclusief de reeds eerder door een andere verzekeraar vergoede behandelingen.

Plastische chirurgie

Na voorafgaande toestemming worden vormverbeterende operaties van het uiterlijk vergoed, indien de aanleiding voortvloeit uit verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel uit bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.

Erfelijkheidsonderzoek

Volledige vergoeding na verwijzing door de behandelend arts.

Audiologische zorg

Vergoeding na verwijzing door de behandelend arts.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Kraampakket

Bij thuisbevalling of (poli)klinische bevalling komt de vrouwelijke verzekerde in aanmerking voor een medisch kraampakket. Het kraampakket bevat diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling. Na aanmelding voor kraamzorg via de Amicon Servicelijn Kraamzorg (0900 - 202 50 03) krijgt verzekerde circa 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum het kraampakket thuisgestuurd.

Bevalling

Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak.
Volledige vergoeding van verpleeg- en bijkomende kosten.

Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, kraaminrichting, polikliniek of thuis.

Vergoed worden:

- verpleeg- en bijkomende kosten van het ziekenhuis of de kraaminrichting tot maximaal € 165,- per dag;
- het honorarium van de verloskundige hulpverlener;
- de kosten van gebruik van de polikliniek.

Eigen bijdrage voor onderdeel 16.2 is 10%.

Kraamzorg

Voor kraamzorg thuis of in het Zotel (Zorghotel bij het Streekziekenhuis Midden Twente in Hengelo) kan, via de reguliere kraam- en thuiszorgorganisaties, aanspraak gemaakt worden op de Amicon Kraamzorgservice. Bij gebruik van deze regeling moet dit uiterlijk de 20ste week van zwangerschap via de Amicon Servicelijn Kraamzorg kenbaar gemaakt worden via het centrale telefoonnummer 0900 - 202 50 03.

De vergoeding voor dit onderdeel (kraamzorg) geldt voor ten hoogste 64 uur kraamzorg thuis of in het Zotel. Indien moeder en kind in het ziekenhuis verblijven, wordt het aantal uren kraamzorg thuis verminderd met 8 uur voor iedere dag van verblijf in het ziekenhuis.

In plaats van de Amicon Kraamzorgservice kan ook worden gekozen voor een uitkering ineens van € 1.200,-. De verzekerde dient na de bevalling een verzoek tot uitbetaling in bij de verzekeraar. In combinatie met verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting (poliklinisch of klinisch) wordt voor iedere dag van verblijf € 150,- in mindering gebracht op deze uitkering.

Zolang de moeder met medische noodzaak in het ziekenhuis moet verblijven, worden ook de verpleegkosten van de baby vergoed, mits de baby bij de verzekeraar verzekerd is. Indien de baby met medische noodzaak in het ziekenhuis moet verblijven, worden de kosten van de opname van de moeder vergoed, mits de moeder bij de verzekeraar verzekerd is.

Ziekenvervoer

Vergoeding van de kosten.

Tarief voor gebruik van personenauto: € 0,21 per kilometer.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Huisartsenzorg

Vergoeding van de kosten.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Paramedische zorg

Vergoed worden de kosten van de volgende soorten paramedische zorg:

- fysiotherapie;
- kinderfysiotherapie;
- manuele therapie door een geregistreeerde fysiotherapeut;
- oefentherapie Mensendieck en Cesar;
- logopedie;
- podotherapie door een geregistreeerde podotherapeut;
- behandeling door heilgymnast-masseur;
- massage-oefentherapie op haptonomische basis door een fysiotherapeut.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Ergotherapie

De verzekeraar vergoedt op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist maximaal 10 uren ergotherapie per kalenderjaar, te verlenen door een ergotherapeut in zijn/haar behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen. Vergoeding vindt plaats op basis van het vastgestelde CTG*-tarief, tot een maximum van € 450,- per kalenderjaar.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Sport Medische Instelling

Verzekeraar vergoedt 75 % van de kosten tot maximaal € 140,- per verzekerde per kalenderjaar van consulten en onderzoeken door een Sport Medische Instelling verricht. Prestatieve begeleiding en keuringen zijn van vergoeding uitgesloten.

Lymfoedeemtherapie

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar bestaat recht op vergoeding van de behandelingskosten van lymfoedeemtherapie tot maximaal € 455,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling dient te worden verricht door een huidtherapeut.

Camouflage

Op verwijzing door de huisarts of een medisch specialist bestaat recht op vergoeding van de behandelingskosten tot een maximum van € 120,- per verzekerde per kalenderjaar. Behandeling dient verricht te worden door een huidtherapeut of een erkend camouflageagist.

- Voor de noodzakelijke camouflagemiddelen bedraagt de vergoeding 75% van de kosten tot een maximum van € 120,- per verzekerde per kalenderjaar.
- Tevens wordt onder camouflagebehandeling verstaan het volgen van het programma 'Goed verzorgd, beter gevoel' in ziekenhuizen.

Eigen bijdrage voor onderdeel 24.1 en 24.3 is 10%.

Epilatie

Verzekeraar vergoedt op verwijzing door huisarts of specialist de kosten van het verwijderen van abnormale haargroei in de hals en het gelaat door middel van elektrische epilatie of door middel van laserbehandeling, tot een maximum van € 170,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verzekeraar gaat alleen dan tot vergoeding van de kosten van elektrische epilatie over indien de consulten of behandelingen worden gegeven door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, die aan de in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen genoemde eisen voldoet. De kosten van laserbehandeling komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze wordt verricht door een door de verzekeraar erkende behandelaar.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Psoriasis, chronisch eczeem en neurodermitis

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar bestaat recht op vergoeding van de kosten van Balneo Photo therapie in Bad Bentheim, Boekelo, Hengelo, Rhooen of Ede.

Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- een huidarts moet de indicatie voor Balneo Photo therapie bij psoriasis hebben gesteld, dan wel de indicatie chronisch eczeem en/of neurodermitis;
- de patiënt moet langer dan twee jaar last hebben van psoriasis, chronisch eczeem en/of neurodermitis;
- het dient te gaan om een aandoening van ernstige aard (beoordeling door medisch adviseur);
- andere voorafgaande behandelingen moeten zonder succes zijn geweest;
- de huisarts of de huidarts dient als verwijzer op te treden.

Vergoed worden maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voor lichtbaktherapie bij de verzekerde thuis bestaat recht op vergoeding van 50% van de start- en huurkosten van de lichtbak. Voorwaarde voor vergoeding is dat de kuur is voorgeschreven door de huidarts.

De vergoeding van de reiskosten die met het volgen van één van de in lid 1 genoemde therapieën samenhangt, vindt plaats op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse. Tarief voor gebruik van personenauto: € 0,21 per kilometer.

Eigen bijdrage voor onderdeel 26.1 is 10%.

Tandheelkundige zorg

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar

De vergoeding bedraagt 75% van de kosten tot een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar voor die behandelingen waarvoor een CTG*-tarief is vastgesteld (exclusief orthodontie), verricht door een tandarts of een dienst voor jeugd tandverzorging, inclusief eventuele techniekkosten. De kosten van behandelingen door een tandprotheticus, tandtechnicus en een mondhygiënist vallen eveneens onder deze vergoedingsregeling. Met inachtneming van het in de vorige volzinnen bepaalde worden per behandeling ten hoogste de tarieven vergoed, die zijn vastgesteld door het CTG. Abonnementen en soortgelijke voorzieningen zijn van de verzekering uitgesloten.

Voor verzekerden met een lichamelijke en/of geestelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de vergoedingsregeling, als onder 27.1 vermeld, niet van toepassing.

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar worden de kosten volledig vergoed. Het aanvraagformulier voor deze toestemming wordt op verzoek verstrekt.

Bijzondere gevallen

Vergoeding van de kosten (zie Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen artikel 28).

Eigen bijdrage voor onderdeel 27.3 is 10%.

Orthodontie

Vergoeding van de kosten van de in artikel 29 lid 1 sub a van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen vermelde behandelingen.

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar: vergoeding van de kosten van de in artikel 29 lid 1 sub b, c en lid 3 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen vermelde behandelingen. De vergoeding bedraagt ten hoogste € 1.900,- per verzekerde voor de totale behandeling van de aandoening. Indien de verzekerde de leeftijd van 19 jaar bereikt, stopt de vergoeding.

Eigen bijdrage voor onderdeel 27.4a is 10%.

Tandheelkundige zorg na een ongeval

Verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, noodzakelijk geworden ten gevolge van een ongeval, tot een maximum van € 950,- per gebeurtenis, mits verzekerde schriftelijk aan de verzekeraar heeft

* CTG = College Tarieven Gezondheidszorg

aangetoond dat een ongeval als bedoeld in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen heeft plaatsgevonden. Het ongeval dient te hebben plaatsgevonden na aanvang van de verzekering.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Implantaten

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar wordt vergoeding verleend voor het honorarium van de kaakchirurg voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak en de kosten van de operatiekamer. Er dient sprake te zijn van zeer ernstige resorptie van de edentate (tandeloze) kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een goed passende prothese te maken is, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

De kosten van prothetische voorzieningen worden vergoed conform de meeverzekerde tandheelkundige zorg. Indien tandheelkundige zorg niet is meeverzekerd, komen deze kosten voor rekening van verzekerde.

Tandheelkundige second opinion

Vergoed worden de kosten van het eenmalig raadplegen van een andere tandarts of een adviserend tandarts van de verzekeraar wanneer de behandelend tandarts een ingrijpende tandheelkundige behandeling heeft voorgesteld. Uit de nota moet duidelijk blijken dat er sprake is van een second opinion.

Eigen bijdrage voor dit onderdeel is 10%.

Alternatieve geneeswijzen

De verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van consulten/behandelingen van de hierna genoemde alternatieve behandelwijzen tot een maximum van € 600,- per verzekerde per kalenderjaar. De vergoedingsregeling geldt voor alle alternatieve behandelingen tezamen.

acupunctuur

acupressuur door een fysiotherapeut

antroposofie

behandelingen voor visuele waarneming en evenwichtstoornis

chiropractie

flebologie
haptotherapie
homeopathie
manuele geneeskunde
Moermantherapie
natuurgeneeswijzen
orthomanipulatie
orthomoleculaire geneeskunde
osteopathie
proktologie
podo-orthesiologie en podologie.

De behandelingen antroposofie, te verlenen door een antroposofisch therapeut, zijn beperkt tot:

heileurytmie therapie
kunstzinnige therapie
muziektherapie
dieettherapie.

Vergoed worden alleen de consulten/behandelingen van zorgverleners die genoemd worden in artikel 23 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen.

Alternatieve geneesmiddelen worden tot een maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed onder voorwaarde dat de geneesmiddelen zijn opgenomen, als "artikel 4 preparaat" in de lijst van homeopathische farmaceutische producten (ISBN no. 9054586761)(artikel 4 preparaten zijn homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die door de Nederlandse associatie van fabrikanten en importeurs aan het College ter beoordeling van geneesmiddelen zijn aangeboden).

Drinkampullen, alternatieve en reguliere zelfzorgmiddelen, vitamines en voedingssupplementen zijn van vergoeding uitgesloten. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die zonder voorschrift van een arts verkrijgbaar zijn bij een apotheek of drogist.

Eigen bijdrage voor onderdeel 31.2 is 10%.

Psychotherapie

De eigen bijdrage van verzekerden ingevolge de AWBZ voor psycho-therapeutische zorg komt voor rekening van de verzekeraar.

Voor vergoeding is het volgende van toepassing:

indien de psychotherapie wordt verleend door een vrijgevestigd psychiater, dient deze hiertoe een overeenkomst met het Zorgkantoor te hebben;

indien de psychotherapie wordt verleend in een ziekenhuis dient het een erkend ziekenhuis te zijn;
zorg kan tevens geregeld worden via de Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).

Psychologische zorg

De verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van psychologische zorg tot een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar onder de volgende voorwaarden:

- de psychologische zorg vindt plaats na verwijzing door de huisarts;
- de psychologische zorg heeft betrekking op kortdurende individuele psychologische zorg;
- de psychologische zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog zoals bedoeld in artikel 1 van de Algemene Verzekeringvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen.

In geval van psycho-oncologische zorg, vindt vergoeding plaats indien de zorg wordt verleend door een door verzekeraar erkend therapiecentrum.

Hulpmiddelen

Op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon heeft de verzekerde recht op vergoeding of verstrekking in bruikleen van de daarin met name genoemde hulpmiddelen, indien daartoe geïndiceerd. Voor bepaalde (groepen) hulpmiddelen is er sprake van een eigen bijdrage voor de verzekerde. Deze eigen bijdrage komt voor vergoeding in aanmerking met inachtneming van het onderstaande in lid 1 en 2. De Regeling Hulpmiddelen Amicon maakt deel uit van deze verzekering en is op aanvraag verkrijgbaar.

Hoortoestellen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van het verschil tussen de aanschafprijs van het hoortoestel en de vergoeding op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon. De vergoeding bedraagt maximaal € 200,- per hoortoestel. De kosten van de afstandsbediening, (extra) batterijen, onderhoudscontract en schoonmaaksetjes komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Pruiken

De verzekerde heeft recht op vergoeding van het verschil tussen de aanschafprijs van de pruik en de vergoeding op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon, tot een bedrag van maximaal € 312,- per pruik.

Brillenglazen/contactlenzen

Verzekerde heeft eenmaal per kalenderjaar recht op een tegemoetkoming in de kosten van brillenglazen of contactlenzen volgens het vergoedingenoverzicht.

Vergoedingenoverzicht

<i>Sferische sterkte in in dioptrieën</i>	<i>enkelvoudig glas/lens</i>	<i>meervoudig glas/lens</i>
0,50 - 4,00 (voor kinderen tot 16 jaar)	€ 12,50	€ 25,-
4,25 - of meer	€ 40,-	€ 70,-

Monturen

Vergoeding vindt plaats voor de aanschafkosten van brilmonturen voor kinderen tot 16 jaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 37,50 per twee kalenderjaren.

Lymphapress

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar kan bij langdurig gebruik en op voorschrift van de huisarts of specialist een lymphapress in bruikleen worden verstrekt.

Manchet

Indien de verzekerde gebruik maakt van lymfedrainage en/of oedeemtherapie worden de aanschafkosten van een manchet volledig vergoed.

Plaswekker

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar kan dit apparaat tegen bedplassen in bruikleen worden verstrekt.

Softbraces

Indien de aanschaf plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts, worden de aanschafkosten van softbraces voor 75% vergoed tot maximaal € 35,- per verzekerde per kalenderjaar.

Slijmzuiger

De verzekerde heeft, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, aanspraak op terbeschikkingstelling van een slijmzuiger in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat.

Bewakingsmonitor

De verzekerde heeft, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, aanspraak op terbeschikkingstelling van een bewakingsmonitor in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat.

Steunpessarium

De verzekeraar vergoedt, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, de kosten van een steunpessarium.

Steun- en podozolen

De verzekeraar vergoedt, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, de aanschaf van steun- en podozolen tot maximaal € 25,- per paar per twee kalenderjaren.

Voor kinderen tot 16 jaar vindt vergoeding plaats tot maximaal € 25,- per paar per kalenderjaar.

Farmaceutische zorg

Wettelijke geneesmiddelen, vermeld in de Regeling Farmaceutische Zorg Zorgverzekeraars Nederland, komen voor vergoeding in aanmerking. Op deze geneesmiddelen is het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) van toepassing.

Verzekeraar vergoedt bovendien de eigen bijdrage die verzekerde op grond van het GVS verschuldigd is tot een maximum van € 475,- per verzekerde per kalenderjaar. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- het mag geen ovulatie bevorderend middel betreffen;

- de behandeling met het betreffende geneesmiddel dient medisch geïndiceerd te zijn;

- met andere geneesmiddelen, waarvoor geen eigen bijdrage als hier bedoeld is verschuldigd, is geen behandeling bij verzekerde mogelijk die tot een afdoende resultaat leidt.

Verzekeraar behoudt zich het recht voor groepen van geneesmiddelen aan te wijzen die hieraan voldoen en derhalve van vergoeding uit te sluiten.

Verbandmiddelen, vermeld in de Regeling Farmaceutische Zorg Zorgverzekeraars Nederland, komen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurig gebruik van deze verbandmiddelen noodzakelijk is.

Voorwaarde is dat de genees- of verbandmiddelen geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Buitenland

Voor het organiseren van spoedeisende medische zorg in het buitenland, contacten met de behandelend arts, repatriëring, garantiestellingen en andere met de verzekering verband houdende ondersteunende diensten, bestaat recht op hulp door de Alarmcentrale SOS International te Amsterdam, telefoonnummer: 020 - 651 51 51. De verzekerde heeft, op vertoon van de polis, eveneens recht op hulpverlening door Euro-Centers.

- Vergoeding van de gemaakte kosten van spoedeisende medische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland als vermeld bij het betreffende verzekerde onderdeel. Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.
- Volledige vergoeding van de kosten van ziekenvervoer met een spoedeisend karakter van de verblijfplaats in het buitenland naar de woonplaats in Nederland. Vergoeding wordt alleen verleend indien de organisatie van dit vervoer plaatsvindt door Alarmcentrale SOS International te Amsterdam.
- Vergoeding van kosten van vervoer in het geval van ziekenhuisopname wegens ziekte of een ongeval van een meereizend, meeverzekerd, gezinslid. Vergoeding van de kosten vindt plaats op basis van de kosten van vervoer in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel, dan wel, bij gebruik van eigen auto, op basis van een kilometerprijs van € 0,21. De maximale vergoeding bedraagt € 250,- per polis per kalenderjaar.

Vergoeding van de kosten van zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie bedraagt ten hoogste 100 % van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de polis zou zijn vergoed. De kosten van ziekenvervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking. Verzekerde wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met de verzekeraar contact op te nemen, opdat duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

- In geval van overlijden vindt een vergoeding van ten hoogste € 3.700,- plaats voor de kosten die verband houden met het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

aanvullende verzekering tandheelkundige voor tandheelkundige tandzorg

Pakket TANDV

Deze aanvullende verzekering kan voor iedere verzekerde die op de polis vermeld staat afzonderlijk worden afgesloten. Zij wordt gesloten voor de duur van ten minste 1 kalenderjaar en zonder opzegging telkens stilzwijgend verlengd voor de duur van 1 kalenderjaar. Deze aanvullende verzekering eindigt bij beëindiging van de hoofdverzekering.

Bijzondere voorwaarden pakket TANDV

Het aanmeldingsformulier tandheelkundige verzekering dient vergezeld te gaan van een tandheelkundig keuringsrapport (met status praesens en bitewingfoto's) dat is ingevuld en ondertekend door de behandelend tandarts. Bij de eerste aanmelding vindt vergoeding plaats van de kosten voor de status praesens. Een status praesens is niet nodig wanneer de aanvrager direct voorafgaand verzekerd was bij het ziekenfonds en in het bezit is van een geldige preventiekaart, of wanneer een meeverzekerd kind de leeftijd van 19 jaar bereikt en direct aansluitend het pakket TANDV wenst.

De verzekerden dienen zich regelmatig (ten minste eenmaal per jaar) voor een controle tot de behandelend tandarts te wenden.

Aanspraak op vergoeding

75% van de kosten tot een maximum van € 460,- per verzekerde per kalenderjaar voor die behandelingen waarvoor een CTG*-tarief is afgegeven (exclusief orthodontie), verricht door een tandarts, inclusief eventuele techniekkosten, tegen de vastgestelde CTG-tarieven. De kosten van behandelingen door een tandprotheticus, tandtechnicus en een mondhygiënist vallen eveneens onder deze vergoedingsregeling. Abonnementen en soortgelijke voorzieningen zijn van de verzekering uitgesloten.

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar vindt de uitkering, genoemd in onderdeel 1 hierboven, eerst plaats nadat de in onderdeel 2,7.1 van het Overzicht vergoedingen genoemde maximum vergoeding is bereikt.

* CTG = College Tarieven Gezondheidszorg

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar: 80% van de kosten genoemd in onderdeel 27.4b van het Overzicht vergoedingen nadat de in dat onderdeel genoemde maximumvergoeding van € 1.900,- is bereikt. Indien de verzekerde de leeftijd van 19 jaar bereikt, stopt de vergoeding.

De vergoedingen vallen niet onder een eventueel gekozen eigen risico in de hoofdverzekering.

Indien de verzekerde naast het pakket TANDV ook het Luxe-Pakket heeft meeverzekerd, dan geldt dat als recht bestaat op een vergoeding voor tandheelkundige zorg, de vergoedingsregeling vanuit het pakket TANDV als eerste van toepassing is, gevolgd door de vergoedingsregeling vanuit het Luxe-Pakket.

Aanvullende klasseverzekering voor ziekenfondsverzekerden

Deze verzekering geeft aanspraak op vergoeding van het verschil tussen het tarief in de verzekerde klasse en het ziekenfondstarief van de kosten van ziekenhuisverpleging zoals hiervoor in het Overzicht vergoedingen onder punt 1 omschreven. Voor het aangaan van een verzekering voor ziekenhuisverpleging in klasse 2 geldt een maximumleeftijd van 49 jaar.

Indien de verzekerde wordt opgenomen op basis van 3e klasse, terwijl hij/zij voor een hogere klasse is verzekerd, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 25,- per verpleegdag tot een maximum van 30 verpleegdagen per kalenderjaar.

Daggeldverzekering

Pakket DV

Aanspraak op vergoeding

Bij opname van een verzekerde in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 10 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen, wordt per dag een bedrag in geld uitgekeerd, ter compensatie van extra kosten die met een opname in een ziekenhuis gepaard gaan.

Deze bedragen per dag zijn hierna vermeld.

Pakket DV-A	€ 5,-
Pakket DV-B	€ 10,-
Pakket DV-C	€ 15,-
Pakket DV-D	€ 20,-
Pakket DV-E	€ 25,-
Pakket DV-F	€ 35,-
Pakket DV-G	€ 45,-

Bijzondere voorwaarden pakket DV

Het recht op vergoeding bestaat voor maximaal 50 dagen per kalenderjaar. Ingeval de opname in een ziekenhuis betrekking heeft op zwangerschap en/of bevalling bestaat het recht op vergoeding alleen indien de verzekering direct voorafgaande aan die opname ten minste een jaar onafgebroken heeft bestaan. Voor het aangaan van deze verzekering geldt een maximumleeftijd van 49 jaar.

Tariefpunten

	Algemene verzekerings- voorwaarden (artikel)	Overzicht vergoedingen (punt)
Aansprakelijkheid van derden	34	—
Acupunctuur	23	31
Acupressuur	23	31
Alternatieve geneesmiddelen	1, 23	31
Alternatieve geneeswijzen	23	31
Antroposofische therapieën	23	31
Audiologische zorg	1, 15	14
Balneo Photo therapie	—	26
Beëindiging	37	—
Bevalling	18	16
Bewakingsmonitor	22	34
Brillenglazen	22	34
Brilmontuur	22	34
Buitenland	30	36
Camouflagetechniek	24	24
Cesar oefentherapie	1, 19	20
Chiropractie	23	31
Contactlenzen	22	34
Dagbehandeling	11	2
Dialyse	11	10
Dieettherapie	—	31
Epilatie	26	25
Erfelijkheidsonderzoek	1, 16	13
Ergotherapie	1	21
Farmaceutische zorg	1, 21	35
Fertiliteitbevorderende behandelingen	31	11
Flebologie	23	31
Fysiotherapie	1, 19	20

	<i>Algemene verzekerings- voorwaarden (artikel)</i>	<i>Overzicht vergoedingen (punt)</i>	
12	Geneesmiddelen	21	35
	Geschillen	38	—
	Gezondheidszorgpsycholoog	1	33
	Haptotherapie	23	31
	Heilgymnast-masseur	1, 19	20
	Homeopathie	23	31
	Hoortoestellen	22	34
	Huisartsenzorg	1, 20	19
	Hulpmiddelen	1, 22	34
	Implantaten	27	29
	Kaakchirurg	1	—
	Kinderfysiotherapie	1, 19	20
	Kraampakket	—	15
	Kraamzorg	1, 18	17
	Logopedie	1, 19	20
	Lymfoedeemtherapie	25	23
	Lymphapress	22	34
	Manchet	22	34
	Manuele geneeskunde	23	31
	Manuele therapie	1, 19	20
	Massage-oefentherapie	19	20
	Mensendieck oefentherapie	1, 19	20
	Moermantherapie	23	31
	Mondhygiënist	1	—
	Natuurgeneeswijzen	23	31
	Niet-klinische specialistische behandeling	12	4
	Oefentherapie	1, 19	20
	Ongeval, tandheelkundige zorg	—	28
	Opname in een ziekenhuis	10	1
	Orgaantransplantaties	10	9
	Orthodontie	1, 29	27
	Orthomanipulatie	23	31
	Orthomoleculaire geneeskunde	23	31
	Osteopathie	23	1

	Algemene verzekerings- voorwaarden (artikel)	Overzicht vergoedingen (punt)	
•	Paramedische zorg	19	20
	Plastische chirurgie	13	12
	Plaswemaker	22	34
	Podologie	23	31
	Podo-orthesiologie	23	31
	Podothérapie	19	20
	Preventie en vroegdiagnostiek	32	5
	Proktologie	23	31
	Pruiken	22	34
	Psoriasis	—	26
	Psychologische zorg	1	33
	Psychotherapie	—	32
•	Regeling van vergoedingen	35	—
	Revalidatie	1, 14	3
•	Schoonheidsspecialist	1	—
	Second opinion	12	6
	Second opinion, tandheekkunde	—	30
	Slijmzuiger	22	34
	SNWLK	—	8
	Softbraces	22	34
	Specialist	1	—
	Sport Medische Instelling	—	22
	Steunpessarium	22	34
	Steun- en podozolen	22	34
•	Tandarts	1	—
	Tandheekkundige zorg	7, 28	27
	Tandtechnicus	1	—
✓	Uitsluitingen	33	—
•	Verbandmiddelen	21	35
	Verloskundige	1	—
•	Weefseltypering	—	7
	Wet BIG	1	—
•	Ziekenhuis	1	—
	Ziekenhuisopname	10	1
	Ziekenvervoer	17	18

De Ruyterlaan 25
Postbus 75000
7500 KC Enschede