



## Deel B Omvang Dekking AEGON Zorgverzekering Extra 2010

---

Indien aanspraken bestaan op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de AEGON Zorgverzekering Extra een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de AEGON Basis Zorgverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

### Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding uit hoofde van de AEGON Basis Zorgverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Kraampakket  
De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij de AEGON Kraamzorg Service worden aangevraagd (zie Deel C Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Extra).
- lid 2 Bewakingsapparatuur wiegendood  
Vergoed worden de kosten van huur van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts en uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Voor meer informatie kan de verzekerde contact opnemen met de AEGON ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Extra).

### Artikel 2 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

Vergoed worden de kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

### Artikel 3 Farmaceutische zorg

- lid 1 De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar:
- de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
  - de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van geneesmiddelen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de verzekeraar;
  - de kosten van verbandmiddelen die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden en die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende zorg.

- lid 2
1. Er bestaat echter geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
    - de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
    - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
    - vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5;
    - zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
    - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
    - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken.
  2. De verzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

#### **Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen**

Vergoed worden de kosten van een consult bij, of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult / behandeling met een maximum van één consult / behandeling per dag, maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

#### **Artikel 5 Vaccinaties**

Vergoed worden de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, typhus, cholera, meningococci en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria wegens verblijf in het buitenland, tot een maximum van € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### **Artikel 6 Overige hulpmiddelen**

##### lid 1 Rolstoelen/Invalidenwagens

Vergoed worden de kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

##### lid 2 Steunzolen

Vergoed worden de kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering moet geschieden door een orthopedisch schoentechnicus.

##### lid 3 Verpleegartikelen

Vergoed worden de kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

##### lid 4 Wekapparaten

Vergoed worden de kosten van huur van een plaswekker (inclusief bandages) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

## **Artikel 7 Bijzondere behandelingen/therapieën**

- lid 1 Acné-behandeling  
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog.
- lid 2 Camouflagetherapie  
Vergoed worden de kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals.
- lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling  
Vergoed worden de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.000,- gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend dermatoloog.
- lid 4 Lymfedrainage  
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem.
- lid 5 Podotherapie  
Vergoed worden de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen en orthonyxie.
- lid 6 Psoriasisdagbehandeling  
Vergoed worden de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
- lid 7 Stottertherapie  
Vergoed worden de kosten van stottertherapie tot een maximum van € 350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

## **Artikel 8 Verblijfkosten**

- lid 1 Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis  
Vergoed wordt € 12,50 per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 260,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonalddhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.
- lid 2 Verblijf gezinslid  
Vergoed worden de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde van 18 jaar of ouder in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van opname van deze verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling, tot een maximum van € 25,- per dag.
- lid 3 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren  
Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage van € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde.

## Artikel 9 Ziekenvervoer

Voor verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) wordt de eigen bijdrage vergoed.

## Artikel 10 Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg vergoed.

### lid 1 Onvoorzienne behandelingen

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

### lid 2 Voorziene behandelingen

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de AEGON Basis Zorgverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.aegonziektekosten.nl](http://www.aegonziektekosten.nl).
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 3 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

### lid 4 AEGON Zorgassistance

In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met AEGON Zorgassistance. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met AEGON Zorgassistance.

AEGON Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer 0031 (0)88 668 97 73.

### lid 5 Repatriëring

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door AEGON Zorgassistance.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van AEGON Zorgassistance in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 6 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van AEGON Zorgassistance om bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.