

*Algemene Verzekeringsvoorwaarden*  
***Aanvullende Verzekeringen voor***  
***Ziekenfondsverzekerden***

*Pakketvoorwaarden*  
***Top Pakket***

<b><i>Algemene verzekeringsvoorwaarden</i></b>	<b>3</b>
<b><i>Omvang van de vergoedingen</i></b>	<b>14</b>
<b><i>Aanvullende klasseverzekering voor ziekenfondsverzekerden</i></b>	<b>30</b>
<b><i>Trefwoorden</i></b>	<b>31</b>

## ***Begripsbepalingen***

### ***De verzekering***

De verzekering(en) die onderwerp is (zijn) van de tussen verzekeraar en verzekeringnemer gesloten verzekeringsovereenkomst, welke aanspraak geeft op vergoedingen in aanvulling op de ziekenfondsverzekering bij, hetzij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds, hetzij voor de duur van de verzekering aldaar, op de ziekenfondsverzekering bij een ander ziekenfonds.

### ***De verzekeraar***

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Amicon Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekeringen U.A., statutair gevestigd in Wageningen, met wie de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

### ***Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds***

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds U.A.

### ***De verzekeringnemer***

Degene die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

### ***De verzekerde***

Degene die als zodanig op de polis staat vermeld, daaronder begrepen de verzekeringnemer.

### ***De polis***

Het schriftelijke bewijs van inschrijving voor zowel de ziekenfondsverzekering bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds als de aanvullende verzekering.

## ***Definities***

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

### ***Alternatieve geneeswijzen***

Indien en zover in de pakketvoorwaarden een vergoeding is opgenomen voor de kosten van alternatieve geneeswijzen, komen deze kosten alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandelaar voldoet aan de voorwaarden zoals vermeld in lid 1.b.

### ***De behandelaar dient:***

- een in Nederland algemeen erkende opleiding tot het uitoefenen van de therapie/behandeling te hebben afgerond en in Nederland te zijn gevestigd;
- na- en bijscholing te volgen;
- een klachtenregeling te hanteren;
- te voldoen aan een in de kring van beroepsgenoten gebruikelijke gedragscode.

Onverminderd het bepaalde in lid 1.b van dit artikel, worden de kosten van acupunctuur alleen vergoed indien de behandelaar een arts of fysiotherapeut is, en de kosten van manuele geneeskunde, flebologie, proktologie, Moermantherapie, natuurgeneeswijzen, orthomanipulatie en orthomoleculaire geneeskunde alleen indien de behandelaar een arts is.

### ***Huidtherapeut***

#### ***(manuele lymfedrainage, camouflagebehandeling, epilatie, acné)***

Een in Nederland gevestigde en praktiserende huidtherapeut die als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

### ***Mondhygiënist (parodontologische zorg)***

Een in Nederland zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaar die praktiseert als mondhygiënist en als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

### ***Ongeval***

Een tijdens de verzekeringsduur plotseling, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, uitwendig onmiddellijk op de verzekerde inwerkend geweld, dat rechtstreeks en uitsluitend de oorzaak is van het letsel, mits de aard van het letsel objectief geneeskundig of tandheelkundig is vast te stellen.

### ***Gezondheidszorgpsycholoog (psychologie)***

Een in Nederland gevestigde en praktiserende gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig is geregistreerd, conform de bepalingen van de Wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg).

### ***Schoonheidsspecialist (camouflagebehandeling, epilatie)***

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist die als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

### ***Podotherapeut***

Een in Nederland gevestigde therapeut die praktiseert als podotherapeut, die als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

### ***Tandarts***

Een in Nederland gevestigde en praktiserende tandarts die als zodanig is geregistreerd, conform de bepalingen van de Wet BIG.

### ***Parodontoloog***

Een tandarts (zie lid 8) gespecialiseerd in de parodontologie en als zodanig in bezit van een certificaat van bekwaamheid afgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP).

Begrippen die voorkomen in de Ziekenfondswet of de AWBZ of de daarop gebaseerde regelgeving en in dat verband zijn omschreven, hebben, als niets anders blijkt, bij gebruik van deze voorwaarden dezelfde betekenis.

### ***Grondslag van de verzekering***

Het ingevulde en ondertekende aanvraag- of aanmeldingsformulier geldt met de eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk verstrekt, als grondslag van de verzekering.

De verzekeraar is generlei verstrekking en/of vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen indien de mededelingen in het aanvraag- of aanmeldingsformulier dan wel de nadere gegevens in strijd met de waarheid waren of omstandigheden werden verzwegen welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.

### ***Inschrijving en acceptatie***

Een aspirant-verzekeringnemer kan, onverminderd het bepaalde in artikel 4, lid 2, niet zonder zijn/haar echtgeno(ote)/levenspartner en zijn/haar kind(eren), voor zover verzekerd in de zin van artikel 4 van de Ziekenfondswet, als verzekerde worden ingeschreven en, eenmaal ingeschreven, niet zonder deze personen verzekerd zijn.

Indien in deze voorwaarden niet anders is bepaald, vindt inschrijving plaats op basis van (medische) selectie en kan de verzekeraar besluiten aan de inschrijving bijzondere voorwaarden te verbinden dan wel de aanvraag tot inschrijving te weigeren.

De aspirant-verzekeringnemer ontvangt hiervan bericht, met vermelding van de bepaalde, bijzondere voorwaarden die eventueel worden gesteld.

Indien de verzekering is beëindigd omdat de premie niet of niet tijdig is voldaan, kan de verzekeraar de verzekerde op zijn/haar verzoek opnieuw inschrijven nadat de verschuldigde premie, vermeerderd met de kosten zoals genoemd in artikel 8 lid 6, sub c, door de verzekeraar is ontvangen.

Indien de verzekerde zich (opnieuw) aanmeldt voor de verzekering en verzekerde de premie, verschuldigd in het kader van zijn/haar inschrijving bij Amicon

Zorgverzekeraar Ziekenfonds niet heeft voldaan, kan het verzoek tot inschrijving pas worden behandeld nadat het verschuldigde bedrag, vermeerderd met (buiten)gerechtelijke kosten van invordering en wettelijke rente door Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds is ontvangen.

Inschrijving in de verzekering heeft betrekking op hetzelfde verzekeringspakket voor alle verzekerden, met inachtneming van het bepaalde in artikel 4 lid 1.

Als de aanmelding voor de verzekering plaatsvindt op een tijdstip waarop de aspirant-verzekeringnemer zich nog niet bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds heeft aangemeld, terwijl de inschrijvingsduur van zijn/haar ziekenfondsverzekering bij een ander ziekenfonds nog niet is verstreken, gaat de verzekeraar, onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 2, eerst tot inschrijving over indien aan de in artikel 4 lid 6 genoemde voorwaarde is voldaan.

De aspirant-verzekeringnemer gaat bij zijn/haar aanmelding voor de verzekering over tot opzegging van zijn/haar ziekenfondsverzekering tegen de eerst mogelijke datum, terwijl de aspirant-verzekeringnemer zich bij aanmelding tevens aanmeldt voor de ziekenfondsverzekering van Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds, direct aansluitend op de datum waarop zijn/haar ziekenfondsverzekering elders beëindigd zal zijn.

## ***Omvang van de verzekering***

De onderdelen van de verzekeringsovereenkomst zijn omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden en in de polis. De polis en de verzekeringsvoorwaarden vormen samen een geheel.

## ***Aanvang van de verzekering***

Bij gelijktijdigheid van de aanmelding als verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds en de aanmelding voor de onderhavige verzekering, vangt de verzekering - behoudens in door de verzekeraar te bepalen gevallen en onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 2 - aan op de dag met ingang waarvan de aspirant-verzekerde als verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds wordt ingeschreven.

Vindt de aanmelding voor de onderhavige verzekering plaats terwijl de aspirant-verzekerde staat ingeschreven bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds, dan vangt de verzekering aan op 1 januari van het op de aanvraag tot verzekering volgende kalenderjaar, onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 2.

Vindt de aanmelding voor de onderhavige verzekering plaats terwijl de aspirant-verzekerde reeds is ingeschreven bij de verzekeraar met een andere aanvullende

verzekering, dan vangt de verzekering van de onderhavige verzekering aan op 1 januari van het op de aanmelding volgende kalenderjaar, onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 2.

Indien de verzekeraar als gevolg van het bepaalde in artikel 4 lid 3 een nieuwe verzekeringsovereenkomst sluit, dan vangt deze verzekering aan op 1 januari van het op de aanmelding voor de nieuwe verzekering volgende kalenderjaar.

Vindt de aanmelding voor de onderhavige verzekering plaats op een tijdstip, waarop de aspirant-verzekeringnemer zich nog niet bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds heeft aangemeld, terwijl de inschrijvingsduur van zijn/haar ziekenfondsverzekering bij een ander ziekenfonds nog niet is verstreken, dan vangt de onderhavige verzekering, onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 5, aan per de eerste van de maand volgende op de maand waarin de aanmelding bij de verzekeraar plaatsvond.

### ***Duur en einde van de verzekering***

De verzekering wordt aangegaan voor de duur van een kalenderjaar en daarna stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd.

De verzekering die is aangevangen in de loop van een kalenderjaar wordt aangegaan voor de duur van dat jaar en het daaropvolgende kalenderjaar, waarna de verzekering - behoudens opzegging zoals bedoeld in artikel 7 lid 3 - stilzwijgend wordt verlengd voor een periode van een kalenderjaar.

De verzekeringnemer kan door opzegging middels aangetekend schrijven zijn/haar verzekeringsovereenkomst beëindigen met ingang van 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de opzegging heeft plaatsgehad, mits de schriftelijke opzegging de verzekeraar voor 1 november heeft bereikt.

De verzekering eindigt voor elke verzekerde bij beëindiging van de ziekenfondsverzekering bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds.

De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen na verloop van een termijn van 30 dagen waarbinnen de verzekeringnemer nalatig is zijn/haar premie te voldoen. De verzekeraar verstrekt de verzekerde een bevestiging van deze beëindiging.

Middels schriftelijke mededeling met opgave van redenen kan de verzekering voortzetting worden beëindigd door de verzekeraar op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip, indien:

de verzekeringnemer naar het oordeel van de verzekeraar schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van inlichtingen als bedoeld in artikel 15 van deze voorwaarden;

de verzekeringnemer handelt in strijd met deze voorwaarden; zich omstandigheden zoals bedoeld in artikel 3.2 van deze voorwaarden voor-  
doen.

De verzekering eindigt voor elke verzekerde met ingang van de dag volgend op de dag van zijn/haar overlijden. De verzekering loopt in dit geval, ten behoeve van de wettige erfgenamen van verzekerde, echter door voor zover zij een aanspraak op vergoeding van kosten in verband met het overlijden van verzekerde inhoudt.

### ***Premiebetaling, gevolgen van niet-betaling en premierestitutie***

de premie wordt door de verzekeraar vastgesteld. De gewijzigde premie wordt op een door de verzekeraar te bepalen wijze ter kennis gebracht aan de verzekeringnemer;  
de premie is bij vooruitbetaling verschuldigd en wordt maandelijks voor de eerste dag van die maand in rekening gebracht tezamen met de nominale premie voor de ziekenfondsverzekering. Kinderen onder de 18 jaar met een eigen rechtsgrond hebben vrijstelling voor de betaling van de nominale premie;  
als bewijs van betaling van de verschuldigde premie geldt het betreffende dagafschrift van bank- of girorekeningnummer van de verzekeringnemer;  
indien de verzekering ingaat op een dag gelegen tussen twee premieervaldata wordt de premie in rekening gebracht met ingang van de eerste dag van de maand direct volgend op de maand waarin de inschrijving plaatsvond;  
indien de verzekering wordt beëindigd op een dag tussen twee premieervaldata wordt de premie in rekening gebracht tot de eerste dag van de maand direct volgend op de maand waarin de beëindiging plaatsvindt.

De premie is verschuldigd door de verzekeringnemer voor alle - op zijn/haar polis ingeschreven - verzekerden met inachtneming van het bepaalde in artikel 4 lid 1. Verzekeraar is bevoegd voor kinderen tot 16 jaar een kinderpremie vast te stellen dan wel premievrijstelling te verlenen.

De premie is tevens verschuldigd door de verzekeringnemer die de leeftijd van 16 jaar nog niet heeft bereikt en die als verzekerde in de zin van artikel 3 Ziekenfondswet is ingeschreven.

Voor verzekerden die tijdens de duur van de verzekering de 16-jarige leeftijd bereiken, vervalt de uit hoofde van hun leeftijd toegekende premievrijstelling dan wel kinderpremie. De premie is dan verschuldigd met ingang van de maand volgend op de maand waarin de 16-jarige leeftijd wordt bereikt.

De verzekeraar heeft het incasseren van de premie opgedragen aan Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds.



Het niet incasseren van de premie ontslaat verzekeringnemer niet van zijn/haar verplichting tot tijdige premiebetaling.

***Niet-betaling:***

indien de verzekeringnemer niet, of niet binnen een termijn van 30 dagen, zijn/haar premie voldoet, vervalt elk recht op vergoeding op grond van de verzekering en kan verzekeraar zonder ingebrekestelling de onderhavige verzekering beëindigen;

het recht op vergoeding op grond van de verzekering wordt weer van kracht op de dag volgende op die waarop het verschuldigde bedrag aan premie en kosten, zoals genoemd in sub c, door de verzekeraar is ontvangen, voor zover de verzekering niet is beëindigd;

indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering met betrekking tot achterstallige premie, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, alsmede de administratiekosten en wettelijke rente, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten bedragen ten minste 15% van het te vorderen bedrag.

Al hetgeen verder de premiebetaling betreft, wordt geregeld door de verzekeraar.

Indien de verzekering is beëindigd tengevolge van het niet of niet tijdig voldoen van de premie, dan kan, met inachtneming van het in artikel 6 lid 4 bepaalde, een nieuwe verzekeringsovereenkomst worden gesloten.

Verzekerde is niet bevoegd de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoedingen.

***Regeling van de vergoeding van kosten***

Vergoeding van kosten vindt plaats na indiening van de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. De verzekeraar kan verlangen dat computernota's dienen te zijn gewaarmerkt door de zorgverlener. Indien aan verzekerde wordt betaald, kan dit uitsluitend geschieden door overschrijving op het bank- of girorekeningnummer van verzekerde.

Nota's die niet binnen 24 maanden na de datum waarop de verstrekking werd genoten, zijn ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Met inachtneming van hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De vergoedingen zullen nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten.

Verzekerde heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten en verstrekkingen indien:

- de zorgverlening verband houdt met oorlog, burgeroorlog, vijandelijke inval, oorlogstoestand;
- de zorgverlening verband houdt met een atoomkernreactie;
- de zorgverlening verband houdt met gebeurtenissen ontstaan of mogelijk geworden door opzet of grove schuld van verzekerde;
- de verzekerde bij vertrek naar het buitenland voorziet dat zorgverlening nodig zal zijn;
- de zorgverlening verband houdt met de vooropgezette bedoeling behandeling door een in het buitenland gevestigde (tand)arts te verkrijgen;
- de verzekerde een onware opgave doet en/of een verkeerde voorstelling van zaken geeft. In dat geval vervalt het recht op uitkering voor de gehele vordering, ook voor die onderdelen waarbij geen onware opgave is gedaan en/of verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Indien de verzekering is aangevangen dan wel wordt beëindigd in de loop van een kalenderjaar, behoudt de verzekeraar zich het recht voor, voor zover aan de vergoeding van uitkeringen en verstrekkingen per kalenderjaar per verzekerde een maximum is verbonden, de vergoeding vast te stellen naar rato van het aantal hele maanden gedurende welke de verzekerde is ingeschreven. Indien aan de verzekerde meer is vergoed dan waarop krachtens het aantal verzekerde maanden aanspraak bestaat, kan de verzekeraar het teveel uitgekeerde bij de verzekerde terugvorderen.

Verzekerde heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten en verstrekkingen indien hij hierop krachtens een wettelijk geregelde verzekering, zoals bijvoorbeeld de ziekenfondsverzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst aanspraak kan maken.

Verzekeraar is bevoegd de vergoeding(en) van kosten te verrekenen met de vordering(en) wegens niet-betaling van premie.

### ***Aansprakelijkheid van derden van kosten door de verzekeraar***

Indien naar het oordeel van de verzekeraar een derde aansprakelijk is voor het veroorzaken van een feit dat aanleiding geeft tot het verlenen van een vergoeding uit de verzekering, is verzekerde verplicht ten genoegen van de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken en kosteloos alle medewerking te verlenen welke kan strekken tot verhaal van de geleden schade.

Steeds wanneer een derde bij een aan verzekerde overkomen ongeval is betrokken, dient onmiddellijk aangifte van het ongeval te geschieden bij de betreffende overheidsinstantie en bij de verzekeraar.

Zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar mag verzekerde geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij, behalve waar het gaat om het geldend maken van aanspraken ingevolge een reisverzekering.

Bij niet voldoen aan het bepaalde in dit artikel, vervallen de aanspraken van verzekerde jegens de verzekering, indien zij samenhangen met c.q. voortvloeien uit het ongeval.

### ***Cessie / contractuele subrogatie***

Zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar mag een verzekerde een vordering op de verzekeraar niet door middel van cessie of contractuele subrogatie overdragen aan een verzekeringsmaatschappij.

### ***Andere verzekeringen***

Indien - zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - door de verzekerde aanspraak zou kunnen worden gemaakt op verstrekkingen, vergoeding van kosten respectievelijk schaden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, respectievelijk op grond van enige wet, enige overeenkomst of enige andere voorziening, is de in deze voorwaarden bedoelde verzekering eerst in de laatste plaats geldig. In zo'n geval is de verzekeraar alleen gehouden tot verstrekkingen en vergoeding van kosten waarop de verzekerde elders geen aanspraak zou kunnen doen gelden.

### ***Vrijwaring van aansprakelijkheid***

De verzekeraar is tegenover de verzekerde niet aansprakelijk voor diens schade als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling tot wie of welke de verzekerde zich heeft gewend om zijn/haar aanspraak op een vergoeding uit de aanvullende verzekering geldend te maken. De verzekeraar is tegenover de verzekerde niet aansprakelijk voor diens schade als gevolg van gebruik van een door of vanwege de verzekeraar verstrekt hulpmiddel in strijd met de geldende gebruiks-, veiligheids- en onderhoudsvoorschriften, of als gevolg van een door of vanwege de verzekeraar verstrekt hulpmiddel, zoals bedoeld in artikel 186, boek 6 van het Burgerlijk Wetboek.

## ***Rechten van verzekerde***

Verzekerde kan aanspraak maken op de vergoedingsregelingen, zoals die worden vastgesteld door de verzekeraar. De verstrekkingen staan vermeld in de voorwaarden, die aan verzekerde beschikbaar worden gesteld.

## ***Verplichtingen van de verzekeringnemer***

De verzekeringnemer is verplicht tijdig en desgevraagd schriftelijk aan de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken die nodig zijn voor de juiste uitvoering van de verzekering. Onder deze verplichting vallen onder meer mededelingen inzake geboorte, huwelijk, overlijden, verhuizing, verandering van bank- of girorekeningnummer en andere omstandigheden van verzekeringnemer of een van de verzekerden die een wijziging in de verzekering tot gevolg kunnen hebben.

De verzekeringnemer alsmede de op zijn/haar polis ingeschreven verzekerden zijn verplicht, op verzoek van de verzekeraar een onderzoek door een door de verzekeraar aan te wijzen (para)medisch adviseur, technisch adviseur of tandarts toe te staan.

## ***Overige bepalingen***

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan zijn/haar laatst bij de verzekeraar bekende adres.

De verzekeraar registreert en is houder van de gegevens van zijn verzekerden. Deze registratie is gebonden aan de wettelijk vastgestelde regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het Privacy Reglement is uitgewerkt in het Reglement Persoonsregistratie Amicon Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekeringen en ligt ter inzage bij de verzekeraar.

de verzekeraar heeft het recht de voorwaarden en/of de premie te wijzigen van de verzekering. Een dergelijke herziening geschiedt ingaande een door de verzekeraar vast te stellen datum;

de verzekeraar zal de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of pakketvoorwaarden en/of de premies schriftelijk kenbaar maken aan de verzekeringnemer;

de verzekeringnemer die niet met de wijzigingen als omschreven in artikel 16 lid 3 sub a akkoord gaat, kan de verzekering per de ingangsdatum van de wijzigingen beëindigen, mits de verzekeringnemer hiervan binnen een maand na de kennisgeving als bedoeld in artikel 16 lid 3 sub b schriftelijk mededeling doet aan de verzekeraar;

de leden b en c van dit artikel zijn niet van toepassing bij wijzigingen indien en voor zover deze voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen.

## ***Klachten en geschillen***

Klachten over de uitvoering van deze verzekering kunnen ter bemiddeling worden voorgelegd aan de Ombudsman Amicon Zorgverzekeraar. Verzekerde doet dit binnen zes weken na bekendmaking van de genomen beslissing die de basis voor het geschil vormt.

Verzekerde kan, nadat bemiddeling door de Ombudsman Amicon Zorgverzekeraar heeft plaatsgevonden, het geschil voor bemiddeling of advies voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Alle overige geschillen uit de verzekering voortvloeiend, kunnen worden onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter, tenzij partijen overeenkomen dat het geschil op een andere wijze zal worden beslecht.

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

## ***Slotbepaling***

In de gevallen waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de verzekeraar.

## ***Inwerkingtreding***

De voorwaarden en vergoedingen worden van kracht met ingang van 1 januari 2002.

## ***Acné in het gelaat***

Bij een ernstige vorm van acné in het gelaat en op verwijzing door huisarts of specialist komt verzekerde in aanmerking voor vergoeding van de kosten van een acnébehandeling tot een maximum van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding van kosten wordt alleen verleend, indien de behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut die aan de in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden genoemde eisen voldoet.

## ***Alarmering op sociale indicatie voor thuiswonenden***

Verzekerderaar verleent een tegemoetkoming in de abonnementskosten van alarmeringsapparatuur met een spreek- en luisterverbinding, geplaatst door een organisatie waarmee verzekerderaar hiertoe een overeenkomst heeft gesloten. Verzekerde komt voor deze tegemoetkoming in aanmerking, indien hij/zij thuis woont en in een verhoogde risicosituatie verkeert. De tegemoetkoming bedraagt maximaal € 5,- per maand. Verzekerden die woonachtig zijn in een verzorgingshuis, aanleunwoning of serviceflat komen niet voor deze vergoeding in aanmerking.

## ***Alternatieve geneeswijzen***

Verzekerderaar vergoedt 75% van de kosten van een consult of behandeling voor de hierna genoemde alternatieve behandelingen tot een maximum van € 700,- per verzekerde per kalenderjaar:

- acupunctuur
- antroposofie
- chiropractie
- flebiologie
- homeopathie
- manuele geneeskunde
- Moermantherapie
- natuurgeneeswijzen
- orthomanipulatie
- orthomoleculaire geneeskunde
- osteopathie
- proktologie

De tegemoetkoming in de kosten wordt alleen verleend, indien de consulten of behandelingen worden gegeven door een arts of therapeut die voldoet aan de eisen genoemd in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden.

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

- heileurytmie therapie
- kunstzinnige therapie
- muziektherapie
- dieettherapie

## ***Bevalling en kraamzorg***

### ***Kraampakket***

Bij thuisbevalling of (poli)klinische bevalling komt de vrouwelijke verzekerde in aanmerking voor een kraampakket. Het kraampakket bevat diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling, alsmede een leuke verrassing.

Na aanmelding voor kraamzorg via de Amicon Servicelijn Kraamzorg, telefoon: 0900 - 20 25 003 (uiterlijk de 20<sup>e</sup> week van de zwangerschap), krijgt verzekerde circa 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum het kraampakket thuisgestuurd.

### ***Buzzer***

Verzekerde krijgt gedurende zeven weken voor de uiterekende, vermoedelijke bevallingsdatum de beschikking over een buzzer. Zij/hij dient daarvoor de in het kraampakket ingesloten aanvraagkaart in te sturen.

### ***Bevalling van een meerling***

De verzekerde die ten minste één jaar als verzekerde met dit pakket bij verzekeraar is ingeschreven, komt bij een bevalling van een meerling in aanmerking voor een tegemoetkoming van € 230,- ineens. Verzekeraar gaat over tot uitkering van dit bedrag zodra de kinderen bij verzekeraar zijn ingeschreven.

### ***Poliklinische bevalling***

Verzekeraar vergoedt de kosten van het niet-medisch noodzakelijk gebruik van de verloskamer in een ziekenhuis door verzekerde in verband met een bevalling die plaatsvindt onder leiding van een verloskundige of huisarts.

### ***Kraamzorg***

Verzekeraar vergoedt, zowel bij een thuisbevalling als bij een bevalling in een kraaminrichting of ziekenhuis, de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Eigen Bijdrage Kraamzorg Ziekenfondsverzekering is verschuldigd voor verleende kraamzorg.

## **Bezoekkosten**

Bezoek opgenomen gezinslid in Nederland:

Indien een verzekerde in een in Nederland gelegen ziekenhuis of revalidatie-instelling verblijft, verleent verzekeraar een tegemoetkoming van € 0,20 per kilometer in de kosten van vervoer vanaf het woonadres van de bezoekende verzekerde naar de opgenomen verzekerde, tot een maximum van € 460,- per kalenderjaar per polis.

Op het in punt 1 genoemde maximum per polis zijn de volgende bepalingen van toepassing:

Indien het een bezoek betreft van ouders (die ieder een eigen polis bezitten) aan hun opgenomen kind, dan is de ouder, waarbij het kind op deze polis als medeverzekerde is ingeschreven, rechthebbende op de tegemoetkoming tot het in punt 1 genoemde maximum;

Indien het een bezoek betreft van ouders (die ieder een eigen polis bezitten) aan een opgenomen kind dat op zijn/haar beurt eveneens een eigen polis bezit, dan wordt, in afwijking van het onder punt 1 bepaalde, aan elke ouder een tegemoetkoming van maximaal € 230,- per kalenderjaar verleend.

Voorwaarde voor het toekennen van de tegemoetkoming is dat de bezoekende en opgenomen verzekerde behoren tot hetzelfde gezin, d.w.z. dat de bezoekende en opgenomen verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds zijn ingeschreven in de zin van artikel 4 Ziekenfondswet, dan wel voor een dergelijke inschrijving in aanmerking zouden kunnen komen indien zij niet over een eigen rechtsgrond voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering zouden beschikken, of bij Amicon Zorgverzekeraar particulier verzekerd zijn.

De tegemoetkoming wordt verleend over het aantal kilometers dat de 500 kilometer per kalenderjaar te boven gaat en op basis van één bezoek per dag.

Bij de vergoeding van het aantal kilometers wordt de afstand bepaald door middel van een door de verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

Bezoek opgenomen gezinslid in Davos:

Indien een verzekerde in het Nederlands Astmacentrum te Davos (Zwitserland) verblijft, verleent verzekeraar een tegemoetkoming van € 0,20 per kilometer in de kosten van vervoer vanaf het woonadres van de bezoekende verzekerde naar het opgenomen meeverzekerde gezinslid tot een maximum van één bezoek per kwartaal;

Bij gebruikmaking van openbaar vervoer worden maximaal de reiskosten van twee bezoekende meeverzekerden op basis van vervoer in de laagste klasse eenmaal per kwartaal vergoed;

Voorwaarde voor het toekennen van de tegemoetkoming is, dat de bezoeken- de en opgenomen verzekerde behoren tot hetzelfde gezin, d.w.z. dat de bezoekende en opgenomen verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds zijn



ingeschreven in de zin van artikel 4 Ziekenfondswet, dan wel voor een dergelijke inschrijving in aanmerking zouden kunnen komen indien zij niet over een eigen rechtsgrond voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering zouden beschikken, of bij Amicon Zorgverzekeraar particulier verzekerd zijn.

### **Verblijfskosten: Logeerhuizen**

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de kosten van verblijf van een bezoekend gezinslid in een door verzekeraar erkend logeerhuis in binnen- en buitenland van € 12,50 per etmaal per opgenomen gezinslid. Verzekeraar gaat hier toe over indien zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij verzekeraar zijn verzekerd. Voorwaarde voor het toekennen van de tegemoetkoming is, dat de bezoekende en opgenomen verzekerde behoren tot hetzelfde gezin, d.w.z. dat de bezoekende en opgenomen verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds zijn ingeschreven in de zin van artikel 4 Ziekenfondswet, dan wel voor een dergelijke inschrijving in aanmerking zouden kunnen komen indien zij niet over een eigen rechtsgrond voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering zouden beschikken, of bij Amicon Zorgverzekeraar particulier verzekerd zijn.

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de kosten van verblijf in een door verzekeraar erkend logeerhuis in binnen- en buitenland van € 35,- per etmaal. Voorwaarde voor het toekennen van deze tegemoetkoming is, dat het verblijf van verzekerde onmiddellijk volgt op of voorafgaat aan opname in een ziekenhuis.

### **Brillenglazen en contactlenzen**

Verzekerde heeft eenmaal per kalenderjaar recht op een tegemoetkoming in de kosten van een eenmalige aanschaf van hetzij enkelvoudige brillenglazen of contactlenzen, hetzij meervoudige brillenglazen of contactlenzen, volgens de volgende tabel:

<i>Sferische sterkte in dioptrieën</i>	<i>enkelvoudig glas/lens</i>	<i>meervoudig glas/lens</i>
0.50 - 4.00	€ 22,50	€ 35,-
4.25 - en meer	€ 40,-	€ 60,-

### **Brilmonturen**

Verzekeraar vergoedt de kosten van een brilmontuur tot een maximum van € 37,50 per verzekerde eenmaal in de twee kalenderjaren.

## ***Buitenland: vaccinatie/tabletten (preventie buitenlandse reizen)***

Verzekeraar vergoedt de kosten van vaccinaties tegen tropische infectieziekten en malariamiddelen. Per verzekerde wordt per kalenderjaar maximaal € 140,- vergoed voor vaccinaties en malariamiddelen tezamen.

Het honorarium van de arts, die tot vaccinatie overgaat, is van vergoeding uitgesloten, tenzij verricht door een bevoegd medewerker van de GGD of van de Travel Health Clinic.

## ***Buitenland: verblijf***

Bij een verblijf van maximaal 6 maanden buiten Nederland heeft verzekerde recht op:

- vergoeding van kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige zorg en tandheelkundige zorg, met inachtneming van het onder punt 3 bepaalde, die tijdens het verblijf zijn ontstaan;

- organisatie van zorgverlening door de Alarmcentrale SOS International bij spoedeisende medische zorg; telefoonnummer: 020 - 651 51 51;

- kosten van de medisch noodzakelijke repatriëring van de gewonde of zieke, alsmede de organisatie van deze repatriëring door SOS International;

- zorgverlening door Euro-Centers op vertoon van de polis;

- in geval van overlijden: vervoer van het stoffelijk overschot, georganiseerd door SOS International, van de plaats van overlijden naar Nederland. De maximale vergoeding bedraagt € 3.700,-;

- kosten van vervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het ziekenhuis en terug, 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 € 0,20. De maximale vergoeding bedraagt € 250,- per polis per kalenderjaar.

Spoedeisende, medisch noodzakelijke farmaceutische zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking, indien daar een recept van de behandelend arts aan ten grondslag ligt.

Een opname in een ziekenhuis in het buitenland moet direct worden gemeld bij de Alarmcentrale SOS International. Opnames die niet tijdig zijn gemeld en opnames in privé-klinieken komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding van de gezamenlijke kosten van spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland en van in Nederland genoten tandheelkundige zorg vindt plaats met inachtneming van de toepasselijke bepalingen in deze pakketvoorwaarden over tandheelkunde.

Tandheelkundige prothetische zorg, verleend tijdens verblijf in het buitenland, wordt door verzekeraar niet vergoed.

## ***Camouflagetherapie***

Onder camouflagetherapie wordt verstaan de methode van het aan het zicht onttrekken van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en hals door het opbrengen van cosmetische middelen, alsmede het zich eigen maken van deze methode door instructies van een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Tevens wordt onder camouflagetherapie verstaan het volgen van het programma 'Goed verzorgd, beter gevoel' in ziekenhuizen.

Op verwijzing door huisarts of specialist vergoedt verzekeraar de kosten van behandeling door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist tot een maximum van € 210,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van noodzakelijke camouflagemiddelen tot een maximum van € 210,- per verzekerde per kalenderjaar. De middelen dienen te worden geleverd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Verzekeraar gaat alleen dan over tot vergoeding van kosten, indien zowel de behandelingen worden gegeven als de middelen worden verstrekt door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut die aan de in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden genoemde eisen voldoet.

## ***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 € 230,- 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 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden genoemde eisen voldoet. De kosten van laserbehandeling komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze wordt verricht door een door de verzekeraar erkende behandelaar.

## ***Fysiotherapie en oefentherapie***

Verzekeraar vergoedt, op aanvraag van huisarts of specialist, de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck

en Cesar, mits deze behandelingen een voortzetting vormen van een krachtens de Ziekenfondswet verstrekte behandeling fysiotherapie of oefentherapie.

## ***Geneesmiddelen***

Verzekeraar vergoedt de eigen bijdrage die verzekerde voor geneesmiddelen verschuldigd is op grond van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) tot een maximum van € 475,- per verzekerde per kalenderjaar, indien:

het geneesmiddel voor vergoeding vanuit de ziekenfondsverzekering in aanmerking komt;

de behandeling met het betreffende geneesmiddel bij verzekerde medisch geïndiceerd is;

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

De eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is voor ovulatiebevorderende middelen is van vergoeding uitgesloten.

Verzekeraar behoudt zich het recht voor groepen van geneesmiddelen aan te wijzen die voldoen aan de hierboven onder punt 3 genoemde voorwaarde en ze daarmee van vergoeding uit te sluiten.

## ***Alternatieve geneesmiddelen***

Verzekeraar vergoedt de kosten van alternatieve geneesmiddelen tot een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar onder de volgende voorwaarden:

de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een behandelend (alternatief) praktiserend arts;

de geneesmiddelen zijn opgenomen, als artikel 4 preparaat, in de lijst van homeopathische farmaceutische producten (ISBN no. 90 54 58 676 1) (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);

de middelen zijn afgeleverd door een Nederlandse apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Drinkampullen, alternatieve en reguliere zelfzorgmiddelen, vitamines en voedings-supplementen zijn van vergoeding uitgesloten.

## ***Griepvaccinatie voor niet risico groepen***

Verzekeraar vergoedt de kosten van griepvaccinatie per injectie, indien de vaccinatie wordt gegeven door de huisarts.

## ***Gezondheids cursussen***

Verzekeraar vergoedt de kosten van een door verzekeraar erkende cursus tot een maximum van € 70,- per verzekerde per kalenderjaar. De cursus moet gericht zijn op het verbeteren van eigen leefgewoonten of op de verzorging van anderen.

## ***Handicap, vakantie en begeleiding***

Gehandicapte verzekerden, die hetzij voor de dagelijkse verzorging zijn aange-  
wezen op thuiszorg door een thuiszorginstelling, hetzij van het Zorgkantoor  
AWBZ een persoonsgebonden budget hebben ontvangen, kunnen op aanvraag  
van huisarts of specialist gebruik maken van de diensten van de Internationale  
Hulp Dienst (IHD), telefoon: 0299 - 65 75 57.

Deze diensten bestaan uit het regelen van een vakantiereis naar het buitenland  
naar door de IHD vastgestelde bestemmingen en het bemiddelen bij het zoeken  
van zorg gedurende deze reis.

## ***Vakantiereizen Rode Kruis of Zonnebloem***

Verzekerde heeft recht op een vergoeding van 50% van de bijdrage die hij ver-  
schuldigd is wegens een meerdaagse reis die begint en eindigt in Nederland,  
georganiseerd voor patiënten door het Rode Kruis of de Nationale Vereniging de  
Zonnebloem.

De kosten van vervoer van het woonadres van verzekerde naar het beginpunt van de  
vakantiereis en van vervoer van het eindpunt van de vakantiereis naar het woon-  
adres, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

De kosten van vakantiereizen per vliegtuig zijn van vergoeding uitgesloten.

De kosten van een meereizend gezinslid komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## ***Herstellingsoord (niet AWBZ)***

Verzekeraar verleent, op verwijzing door huisarts of specialist, een tegemoetko-  
ming in de kosten van het verblijf van verzekerde in een door verzekeraar erkend  
herstellingsoord.

De tegemoetkoming bedraagt € 50,- per dag van het verblijf en wordt per verze-  
kerde verleend voor een periode van ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar.

## **Hulpmiddelen**

Verzekerde heeft, op verwijzing door huisarts of specialist, recht op ter beschikkingstelling van de volgende artikelen in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat:

- plaswekker
- slijmzuiger

Op verwijzing door de specialist en na voorafgaande toestemming van verzekeraar heeft verzekerde recht op ter beschikkingstelling van de volgende artikelen in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat:

- lymphapress
- bewakingsmonitor voor baby's

Indien aan verzekerde lymfoedeemtherapie wordt verleend, worden de aanschafkosten van een manchet volledig vergoed.

Indien aan verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon één of meer van de volgende hulpmiddelen zijn verstrekt, heeft hij/zij recht op de volgende vergoedingen:

### ***Borstprothesen***

Verzekeraar vergoedt de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon is verschuldigd voor de borstprothese.

### ***Voorlopig orthopedisch schoeisel***

Indien op voorschrift van de specialist voorlopig orthopedisch schoeisel nodig is, wordt na voorafgaande toestemming van de verzekeraar 75% vergoed van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon voor voorlopig orthopedisch schoeisel verschuldigd zou zijn.

### ***Orthopedisch schoeisel***

Verzekeraar vergoedt de kosten van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon voor het schoeisel is verschuldigd tot een maximum van € 70,- per paar.

### ***Hoortoestellen***

Verzekeraar vergoedt de kosten van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon is verschuldigd voor een hoortoestel tot een maximum van € 300,- per hoortoestel. Van vergoeding zijn uitgesloten de kosten van (extra) batterijen, onderhoudscontract, afstandsbediening en schoonmaaksetjes.

### ***Pruiken***

Verzekeraar vergoedt de kosten van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon is verschuldigd tot een maximum van € 335,-.

### ***Softbraces***

Op voorschrift van huisarts of specialist vergoedt verzekeraar 100% van de kosten van softbraces (inclusief niet-verstevigde halskragen) tot een maximum van € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

### ***Steunpessarium***

Verzekeraar vergoedt, op verwijzing door huisarts of specialist, de kosten van een steunpessarium. Het steunpessarium dient te worden geleverd door de apotheek.

### ***Steunzolen/podotherapeutische zolen***

Verzekeraar vergoedt eenmaal per twee kalenderjaren de kosten van twee steunzolen of podotherapeutische zolen tot een maximum van € 25,- per zool per verzekerde.

Voor kinderen jonger dan 16 jaar geldt de vergoeding voor deze zolen eenmaal per kalenderjaar.

## ***Kinderopvang bij ziekenhuisopname van de ouder die het huishouden verzorgt***

Verzekerde ouder die het huishouden verzorgt, heeft over de periode die aanvangt op de elfde dag van zijn/haar ziekenhuisopname recht op een tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang van € 12,50 per werkdag.

De tegemoetkoming wordt uitsluitend verstrekt indien tot het huishouden (een) kind(eren) jonger dan 12 jaar beho(o)r(t)en en is beperkt tot maximaal 42 werkdagen per kalenderjaar.

De opname in het ziekenhuis van de verzorgende ouder wordt door verzekerde doorgegeven aan verzekeraar. Verzekerde kan de tegemoetkoming aanvragen met behulp van een formulier, dat na ontslag uit het ziekenhuis aan verzekeraar kan worden toegezonden. Verzekeraar gaat tot uitkering over na ontvangst van het formulier.

### ***Kuurreizen***

Verzekerde heeft, indien hij lijdt aan:

chronische reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew  
psoriasis

op aanvraag van huisarts of specialist en met voorafgaande toestemming van verzekeraar recht op de volgende vergoeding van de kosten van vervoer en verblijf en behandeling in verband met een groepskuurreis:

Voor verzekerden die lijden aan de onder punt a genoemde aandoeningen vergoedt verzekeraar:

bij een groepskuurreis van drie weken naar Roemenië: € 700,-;

bij een groepskuurreis van drie weken naar Arcen: € 800,-;  
bij een groepskuurreis van drie weken naar Bad Driburg: € 1.025,-;

Voor verzekerden die lijden aan de onder punt b genoemde aandoening, vergoedt verzekeraar:

bij een groepskuurreis van vier weken naar Israël (Dode Zee) € 1.375,-.

Bovengenoemde reizen worden door de verzekeraar georganiseerd.

Aanvang, duur, bestemming en overige voorwaarden voor deelname aan de groepskuurreis worden jaarlijks door verzekeraar bepaald.

Verzekerde heeft indien hij aan een van bovengenoemde aandoeningen lijdt, en op aanvraag van huisarts of specialist en met voorafgaande toestemming van verzekeraar recht op vergoeding van de kosten van vervoer, verblijf en behandeling in verband met de individuele kuurreis tot een maximum van € 475,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde hierbij is dat:

het verblijf in een kuuroord een duur heeft van tenminste drie aaneengesloten weken en

de behandelingen in het kuuroord uit tenminste vier balneokuren per dag bestaan, gedurende vijf kuurdagen per week voor verzekerden die lijden aan de hierboven onder punt b genoemde aandoening.

## ***Lymfoedeem***

Op verwijzing van de behandelend specialist en na voorafgaande toestemming van verzekeraar heeft een verzekerde, bij wie sprake is van ernstig lymfoedeem, recht op vergoeding van de kosten van therapeutische manuele lymfedrainage tot een maximum van € 475,- per verzekerde per kalenderjaar.

De tegemoetkoming in de kosten wordt alleen verleend, indien de behandelingen worden gegeven door een huidtherapeut die aan de in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden genoemde eisen voldoet.

## ***Patiëntenverenigingen: Lidmaatschap***

Verzekeraar vergoedt de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging tot een maximum van € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.

## ***Patiëntenverenigingen: Therapieën***

Verzekeraar vergoedt de kosten van door een patiëntenvereniging georganiseer-



de therapie tot het maximum van € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. Van vergoedingen zijn uitgesloten de kosten van sportactiviteiten.

## ***Podotherapie***

Op verwijzing door huisarts of specialist vergoedt verzekeraar 75% van de kosten van consulten en behandelingen door een podotherapeut, tot een maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. De hulpmiddelen in het kader van podotherapie zijn van vergoeding uitgesloten.

Verzekeraar gaat alleen dan tot vergoeding over indien consulten en behandelingen worden gegeven door een podotherapeut die aan de in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden genoemde eisen voldoet.

## ***Psoriasis***

Voor het huren van belichtingsapparatuur te plaatsen bij verzekerde thuis, heeft verzekerde na voorafgaande toestemming van verzekeraar recht op vergoeding van 50% van de huurkosten.

Voorwaarde voor vergoeding is dat de kuur is voorgeschreven door de huidarts.

## ***Psychologische zorg***

De verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van psychologische zorg tot een maximum van € 460,- 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 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden.

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

## ***Psychotherapie***

Verzekeraar vergoedt per verzekerde per kalenderjaar 50% van de eigen bijdrage, die verzekerde verschuldigd is voor psychotherapeutische zorg op grond van het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering, voor zover deze eigen bijdrage een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar te boven gaat.

## ***Second opinion***

Verzekeraar vergoedt de kosten van het eenmalig raadplegen van een andere specialist, wanneer de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld.

## ***Sport Medische Instelling***

Verzekeraar vergoedt de kosten van consulten en onderzoeken door een Sport Medische Instelling tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Prestatieve begeleiding en keuringen zijn van vergoeding uitgesloten.

## ***Stottertherapieën***

Verzekeraar vergoedt op verwijzing van huisarts of specialist de kosten van stottertherapieën door de instituten Del Ferro te Amsterdam en De Pauw te Lisse tot een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

## ***Tandheelkunde***

### ***Verzekerden van 18 jaar en ouder:***

Verzekeraar verleent de verzekerde van 18 jaar en ouder een tegemoetkoming van 75% van de kosten van de hieronder, in lid 1 t/m 13 genoemde, tandheelkundige zorg, tot een maximum van € 700,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verzekeraar vergoedt:

Consultatie en diagnostiek: C12, C22 (beiden eenmaal per kalenderjaar), C28, C29, C65, C80.

Verwijderen van tandsteen (maximaal eenmaal per kalenderjaar): M50, M55 en M59.

Preventie en mondhygiëne M10, M20, M21, M31, M70.

Anesthesie: Alle A-codes.

Restauraties d.m.v. plastische materialen (vullingen): Alle V-codes.

Restauraties d.m.v. niet plastische materialen (kroon- en brugwerk, inlays): Alle R-codes (inclusief de bijbehorende techniekkosten).

Endodontie (Wortelkanaalbehandelingen): E10, E15, E20, E25, E30, E35, E40, E50, E60, E65, E70, E76, E85, E86, E90, E95, E97, E98 (inclusief de bijbehorende techniekkosten).

Volledige onder en/of boven prothese: De kosten van eigen bijdrage, die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon is verschuldigd voor een volledige onder- en/of bovenprothese. Geen toestemming van de verzekeraar is vereist indien de volledige prothese bestaat uit een combinatie van onderstaande codes. In alle overige gevallen is voorafgaande toestemming vereist.

Door tandarts: P14, P17, P21, P25, P29, P30, P31, P32, P33, P36, P37, P38, P40, P42 (inclusief de bijbehorende techniekkosten);

Door tandprotheticus: P80, P81, P82, P83, (inclusief de bijbehorende techniekkosten).

Partiële/frameprothese: P10, P15, P16, P18, P31, P32, P33, P34, P35, P51, P52, P53, P54, P57, P58, P78, P79, (inclusief de bijbehorende techniekkosten).

Parodontologie (tandvleesaandoeningen):

Door tandarts of parodontoloog: Alle T-codes;

Door mondhygiënist (op verwijzing van tandarts, op basis van uurtarief):

T11, T12, T22, T52, T54, T56, T60, T61.

Orthodontie:

Door tandarts: X23, X25, D01, D12, D21, D22, D23, D24, D25, D31, D32, D33, D34, D41, D42, D43, D53 (inclusief de bijbehorende techniekkosten), D54;

Door orthodontist: 221001, 221002, 221005, 221006, 221007, 221010, 221011, 221012, 221013, 221014, 221015, 221016, 221017, 221030, 221031, 221032, 221033, 221040, 221041, 221043, 221050, 221053, 221063, 221200 (inclusief de bijbehorende techniekkosten).

Gnathologie (Kaakgewrichtsafwijkingen):

Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist.

Orale implantologie:

Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist.

### ***Verzekerden tot 18 jaar***

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming van 75% van de kosten van de hieronder, in lid 1 genoemde tandheelkundige zorg, die verleend wordt aan verzekerden tot 18 jaar, tot een maximum van € 700,- per verzekerde per kalenderjaar. Verzekeraar vergoedt:

Restauraties d.m.v. niet-plastische materialen (kroon- en brugwerk, inlays):

Alle R-codes (inclusief de bijbehorende techniekkosten) met uitzondering van R29, R78 en R79. Mondbeschermer: M60.

Orthodontie:

Verzekeraar verleent eenmalig, gedurende de looptijd van de verzekering een tegemoetkoming in de kosten van orthodontische zorg tot een maximum van € 1.900,- voor onderstaande handelingen. Zodra de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, vervalt de vergoeding zoals hier bedoeld.

Door tandarts: X23, X25, D01, D12, D21, D22, D23, D24, D25, D31, D32, D33, D34, D41, D42, D43, D53 (inclusief de bijbehorende techniekkosten), D54;

Door orthodontist: 221001, 221002, 221005, 221006, 221007, 221010, 221011, 221012, 221013, 221014, 221015, 221016, 221017, 221030, 221031, 221032, 221033, 221040, 221041, 221043, 221050, 221053, 221063, 221200 (inclusief de bijbehorende techniekkosten).

Bovengenoemde verrichtingencodes worden in Nederland door tandheelkundige behandelaars vermeld op de nota's.

Verzekerden kunnen uitsluitend aanspraak maken op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, zoals hierboven omschreven in artikel 32 lid a

en lid b, indien zij zich tenminste eenmaal per jaar tot de tandarts hebben gewend. Alle kosten voor het opnieuw saneren van het gebit komen voor rekening van de verzekerde.

### ***Tandheelkundige zorg na een ongeval***

Verzekerde komt in aanmerking voor 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 verzekeraar heeft aangetoond dat een ongeval heeft plaatsgevonden, zoals bedoeld in artikel 2 van de Algemene Verzekeringvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden, vergezeld van een keuringsrapport dat is opgesteld door de behandelende tandarts;
- het ongeval na aanvang van de verzekering heeft plaatsgevonden.

### ***Second opinion***

Verzekerde komt in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het éénmalig raadplegen van een andere tandarts dan de huistandarts. Ook de mening van de adviserend tandarts van verzekeraar kan worden gevraagd.

## ***Therapeutisch kamp voor jongeren tot 18 jaar met chronische aandoening***

Verzekeraar vergoedt, op verwijzing van huisarts of specialist, de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp in Nederland voor jongeren tot 18 jaar met een chronische aandoening, tot een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

### ***Thuiszorg bij ziekte of overlijden***

Verzekeraar vergoedt 50% van de kosten van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd voor thuiszorg, tot een maximum van € 230,- per polis per kalenderjaar.

Aan de vergoeding zijn de volgende voorwaarden verbonden:

- de thuiszorg bestaat uit huishoudelijke zorg;
- de zorg wordt verleend in verband met ziekte, herstel of overlijden van verzekerde;
- bij aanvang van de zorg staat vast dat de zorg beperkt zal zijn tot een aangesloten periode van drie maanden.

Verzekeraar gaat tot vergoeding over na beëindiging van de thuiszorg.

## ***Verpleegartikelen***

Verzekeraar vergoedt de huurkosten van de volgende verpleegartikelen, uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien en zodra deze artikelen niet meer op grond van de AWBZ worden vergoed:

- Infuusstandaard
- Ledikantverhoger
- Ondersteek
- Rolstoel in standaard uitvoering
- Rugsteun
- Stoomketel
- Toiletstoel
- Toiletverhoger

De genoemde vergoeding heeft betrekking op een periode van maximaal zes maanden.

## ***Vervangende mantelzorg***

Verzekerde die een thuiswonende gehandicapte verzekerde verzorgt, heeft, met voorafgaande toestemming van verzekeraar en op aanvraag door de Stichting Thuisverpleging voor Gehandicapten te Houten, recht op vervangende mantelzorg gedurende zijn/haar vakantie. Verzekerde dient zich hiervoor te wenden tot de Stichting Thuisverpleging voor Gehandicapten te Houten, telefoon 035 - 692 41 50. Verzekeraar vergoedt aan de hier bedoelde stichting, vanwege de door haar georganiseerde vervangende mantelzorg, een bedrag van maximaal € 82,50 per dag voor een periode van maximaal vijftien dagen per kalenderjaar.

## ***Ziekenvervoer***

Indien verzekerde de in het Besluit Ziekenvervoer genoemde maximale bijdrage voor ziekenvervoer heeft voldaan, dan heeft hij/zij recht op een vergoeding van 50% van de kosten van deze bijdrage. Vergoeding vindt plaats aan de hand van een kopie van het vrijwaringsbewijs.

## ***Preventie***

Verzekeraar vergoedt voor verzekerden van 40 jaar en ouder de kosten van een algemene check-up door een huisarts of specialist eenmaal per drie kalenderjaren tot een maximum van € 70,- .

De kosten van een voor de check-up noodzakelijke hartfilm, longfoto en laboratoriumonderzoek worden tevens vergoed.

Verzekeraar vergoedt de kosten van vaccinatie tegen hepatitis-B.

Deze verzekering geeft aanspraak op vergoeding van het verschil tussen het tarief in de verzekerde klasse en het ziekenfondstarief van de kosten van ziekenhuisverpleging. Voor het aangaan van een verzekering voor ziekenhuisverpleging in klasse 2 geldt een maximumleeftijd van 49 jaar.

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

## *Overzicht vergoedingen*

## *Artikel*

---

Acné in het gelaat	Artikel 1
Alarmering op sociale indicatie voor thuiswonenden	Artikel 2
Alternatieve geneeswijzen	Artikel 3
Alternatieve geneesmiddelen	Artikel 13.2
Bevalling en kraamzorg	Artikel 4
Bezoekkosten	Artikel 5.1
Borstprothesen	Artikel 19
Brillenglazen en contactlenzen	Artikel 6
Brilmonturen	Artikel 7
Buitenland: Vaccinatie/tabletten	Artikel 8
Verblijf	Artikel 9
Buzzer	Artikel 4
Camouflagetherapie	Artikel 10
Epilatie	Artikel 11
Fysiotherapie en oefentherapie	Artikel 12
Geneesmiddelen	Artikel 13.1
Gezondheids cursussen	Artikel 15
Griepvaccinatie	Artikel 14
Handicap; vakantie en begeleiding	Artikel 16
Herstellingsoord (niet AWBZ)	Artikel 18
Hoortoestellen	Artikel 19
Hulpmiddelen	Artikel 19
Kinderopvang bij ziekenhuisopname	Artikel 20
Kraamzorg	Artikel 4
Kraampakket	Artikel 4
Kuurreizen	Artikel 21
Logeerhuizen	Artikel 5.2
Lymfoedeem	Artikel 22





**De Ruyterlaan 25  
Postbus 75000  
7500 KC Enschede**