

Anova Budgetpolis



Geachte verzekerde,

In dit boekje vindt u de polisvoorwaarden van uw Anova Budgetpolis. In de polisvoorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op heeft en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst u de weg in de algemene bepalingen en de dekkingsrubrieken.

Begripsomschrijvingen

In de begripsomschrijvingen lichten wij toe wat onder bepaalde termen wordt verstaan.

Dekking

Bij "omvang van de dekking" vindt u omschreven onder welke voorwaarden uw ziektekosten gedekt zijn. In de dekkingsrubrieken kunt u vervolgens lezen welke vormen van zorg onder uw ziektekostenverzekering vallen en in welke mate deze voor vergoeding in aanmerking komen.

De Anova Budgetpolis biedt u dekking tegen onder meer de kosten voor preventieve zorg, ziekenhuisopname en specialistische hulp, diverse therapieën, hulpmiddelen, verblijf buitenshuis (herstellingsoord) en hulp in het buitenland. In de dekkingsomschrijving is gekozen voor een leesbare stijl en een overzichtelijke aanpak door zo veel mogelijk per dekkingsonderdeel uit te gaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Vergoeding, Voorschrift, Machtiging en Bijzonderheden.

Uitsluitingen

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie bedoeld is om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er toch situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog uitsluitingen opgenomen zijn, die u dan bij de "bijzonderheden" aantreft.

Overige bepalingen

De overige bepalingen hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie en een eventueel eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de verzekering.

Bij "verplichtingen van de verzekeringnemer" kunt u lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvoor bij Anova wilt indienen.

Amersfoort, december 2000
Anova Zorgverzekeringen

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	5
2	Dekking	8
2.1	Omvang van de dekking	8
2.2	Uitsluitingen	8
3	Algemeen	9
3.1	Grondslag van de verzekering	9
3.2	Begin en einde van de vergoeding	10
3.3	Registratie van persoonsgegevens	10
4	Verplichtingen van de verzekeringnemer	10
4.1	Verhaal	10
4.2	Afhandeling schade	10
5	Premie	11
5.1	Premiebetaling	11
5.2	Schorsing recht op vergoedingen	12
5.3	Eigen risico	12
5.4	Kennisgeving	12
6	Wijzigingen van premie of voorwaarden	13
7	Begin, duur en einde van de verzekering	13
8	Geschillenregeling en toepasselijk recht	14
9	Ingangsdatum	14
10	Dekking Anova Budgetpolis	14
10.1	Preventie	14
a	Cursuspakket "Gezonder leven"	14
b	Preventief onderzoek	15
c	Vaccinatie	15
10.2	Medisch specialistische hulp en onderzoek	15
a	Medisch specialistische hulp, poliklinisch	15
b	Audiologische hulp	16
c	Chronisch intermitterende beademing	16
d	Erfelijkheidsonderzoek	16
e	Leukemie bij kinderen	16
f	Second opinion	16
g	Trombosedienst	16
10.3	Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg	17
a	Opname	17
b	Dagverpleging	17
c	In vitro fertilisatie en fertiliteitbevorderende behandelingen voor de vrouwelijke verzekerde	17
d	Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis	18
e	Nierdialyse	18
f	Ouderverblijf bij opname kind	18
g	Organtransplantatie	18
h	Sterilisatie en abortus	18
i	Zorghotel	19

10.4	Zorg in verband met de geboorte van een kind	19
	a Bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis	19
	b Bevalling in een kraamcentrum of zonder medische noodzaak in een ziekenhuis (poliklinisch)	19
	c Bevalling thuis	19
	d Topkraamzorg in natura	20
10.5	Farmaceutische hulp	20
10.6	Hulpmiddelen	21
	a Hulpmiddelen	21
	b Brillenglazen of contactlenzen	22
	c Diabetes hulpmiddelen	22
10.7	Revalidatie	22
10.8	Ziekenvervoer	23
10.9	Tandheelkundige hulp	23
	a Orthodontie	23
	b Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden tot 18 jaar	24
	c Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	24
	d Tandheelkundige implantaten	25
10.10	Therapieën	25
	a Huidtherapieën	25
	b Overige therapieën	25
10.11	Extra vergoedingen	26
	a Diëtistische voedingsadviezen	26
	b Flexibele thuishulp	26
	c Psychische hulpverlening	26
	d Fysiotherapeutisch consult	27
	e Kuren en therapeutische kampen	27
	f Patiëntenvereniging	27
10.12	Buitenlanddekking	28
	a Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)	28
	b EU-dekking (niet spoedeisend)	29
11	AWBZ	29

1 Begripsomschrijvingen

Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, gevoerd door de Inspectie van de Volksgezondheid.

Arts

Een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Audiologisch centrum

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bijkomende kosten

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische of kaakchirurgische behandeling in een ziekenhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden polikliniek en die op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening gebracht mogen worden (bijvoorbeeld kosten voor röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer).

Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Een in Nederland gevestigd universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist of kaakchirurg.

Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Gezin

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden ter beoordeling van Anova.

Huisarts

Een in Nederland in de woon- of verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt ver-

staan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

Hulpmiddelen

De middelen die in de Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Kinderen

De tot het gezin behorende inwonende, ongehuwde eigen en adoptiekinderen tot 18 jaar.

Kraamcentrum

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door Anova erkend kraamcentrum.

Kraaminrichting

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

Medisch adviseur

De arts, die Anova in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

Oefentherapeut

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde podotherapeut, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet BIG.

Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verzekeraar

Agis Ziektekostenverzekeringen NV, in dit verband handelend onder de naam Anova Zorgverzekeringen, verder te noemen: Anova.

Verzekeringnemer

Degene, die de verzekeringsovereenkomst met Anova is aangegaan.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is genoemd.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Ziekenfonds

Een instelling toegelaten op grond van artikel 34, lid 1, van de Ziekenfondswet.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend, alsmede het Nederlands Astma Centrum te Davos.

Zorgverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die medische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt ook verstaan een leverancier van hulpmiddelen.

2 Dekking

2.1 Omvang van de dekking

- 1 Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt Anova de kosten van de in de dekkingsrubrieken genoemde medische behandelingen gemaakt door de verzekerde personen. Vergoeding geschiedt volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens Anova met de zorgverlener overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt Anova genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief.
- 2 Indien en voorzover Anova meer vergoedt dan waartoe Anova krachtens het bovenstaande verplicht is, wordt de verzekerde geacht aan Anova een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van Anova van het door de verzekerde aan de zorgverlener teveel betaalde.
- 3 De verzekerde is vrij in de keuze, in beginsel binnen de eigen woonplaats of naaste omgeving, van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist en apotheek.

TIP

Houdt u er rekening mee dat in een aantal gevallen geen recht op uitkering bestaat. U vindt dit onder UITSLUITINGEN.

2.2 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

- 1 die verband houden met een ziekte of afwijking, die al bestond voor het aangaan van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (waaronder tevens wordt begrepen verhoging van de verpleegklasse of verlaging van het eigen risico) en waarvan de verzekerde op de hoogte was of al klachten ondervond, terwijl hiervan geen melding werd gemaakt op het aanmeldingsformulier of een eventuele medische verklaring;
- 2 van een behandeling die voor verzekerde het beoogde of zekere gevolg is van zijn handelen of nalaten; aan het opzettelijk karakter van dit wederrechtelijk handelen of nalaten doet niet af dat de verzekerde zodanig onder invloed van alcohol of andere stoffen verkeert dat deze niet in staat is de wil te bepalen;
- 3 indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten gemaakt zou kunnen worden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig;
- 4 van niet-reguliere geneeswijzen, waaronder celtherapie, chelatietherapie, bepaalde sera (ter beoordeling aan Anova), keuringen en het afgeven van attesten;
- 5 van vormverbeterende operaties van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, alsmede de hiermee verband houdende kosten van opgetreden complicaties. Het voorgaande is niet van toepassing als er sprake is van verminking tengevolge van een ongeval of een ziekte danwel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 6 van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort;
- 7 van onderzoek of behandeling door een hoogleraar/specialist, tenzij verwijzing door een specialist heeft plaatsgevonden. Zonder deze verwijzing wordt vergoed

- op basis van de kosten van een specialist/niet-hoogleraar;
- 8 van hulp en begeleiding door personen en instellingen die zich bewegen op maatschappelijk terrein en die als zodanig hun bevoegdheden niet ontlenen aan een erkenning door of namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
 - 9 indien de verzekerde zich niet houdt aan de polisvoorwaarden, tenzij overmacht wordt aangetoond;
 - 10 indien de verzekerde zich aan een noodzakelijke geneeskundige behandeling onttrekt;
 - 11 van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;
 - 12
 - a van schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
 - b De onder a. genoemde uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
 - c Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het bepaalde onder b. geen toepassing;
 - 13 van de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en de kosten van bevolkingsonderzoek.

3 Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

- 1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier, de afzonderlijk daarbij verstreekte schriftelijke gegevens en de eventuele bij een keuring door de verzekerde verstreekte gegevens vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.
- 2 Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens Anova gestelde vragen kan voor Anova aanleiding zijn de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsovereenkomst in te roepen, indien bij de verzekeringnemer opzet tot misleiden bestond. Dit geldt ook indien Anova bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten.
- 3 Gezinsinschrijving: de verzekering moet worden aangegaan en na acceptatie gehandhaafd voor alle leden van het gezin voor dezelfde verzekeringsvorm. Deze verplichting geldt niet voor gezinsleden die:
 - a beroepsmilitair zijn;
 - b zelfstandig een ziekenfondsverzekering hebben;
 - c zelfstandig bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
 - d zelfstandig op een Standaardpolis of een StandaardPakketPolis verzekerd zijn.
- 4 Acceptatie: om voor inschrijving in aanmerking te komen dienen kandidaat-verzekerden minimaal over een goede gezondheid te beschikken en domicilie in Nederland te hebben.

Er gelden geen gezondheidseisen:

- a voor pasgeboren en wettig geadopteerde kinderen, mits deze binnen twee maanden na de geboorte respectievelijk adoptie schriftelijk ter verzekering zijn aangemeld per geboorte- respectievelijk adoptiedatum;
- b bij huwelijk voor de echtgenoot of echtgenote, mits één van beiden reeds tenminste zes maanden bij Anova verzekerd is en aanmelding plaatsvindt binnen twee maanden na de huwelijksdatum.

3.2 Begin en einde van de vergoeding

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de op het polisblad genoemde verzekeringen en tot de in deze polisvoorwaarden genoemde maximum bedragen.

Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

3.3 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden door Anova verwerkt ten behoeve van het aangaan en het uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op de verwerking van persoonsgegevens bij Anova is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf van toepassing.

4 Verplichtingen van de verzekeringnemer

4.1 Verhaal

- 1 Indien te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, dient de verzekerde al het mogelijke te doen om Anova te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door Anova gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.
Het niet meewerken van de verzekerde kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.
- 2 De verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van Anova geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.

TIP

Maak voor het indienen van NOTA'S altijd gebruik van het declaratieformulier. Dit bespoedigt de afhandeling.

4.2 Afhandeling schade

- 1 Vergoeding vindt alleen plaats na overlegging van originele nota's. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit

- kan worden opgemaakt op welke vergoeding de verzekerde aanspraak kan maken.
- 2 De nota's moeten zo spoedig mogelijk worden ingediend, bij voorkeur binnen drie maanden na het ontstaan van de kosten. Nota's die langer dan twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.
 - 3 Voor de vaststelling van de vergoeding is de datum van behandeling of levering bepalend.
 - 4 De nota's moeten door de zorgverlener op eigen naam zijn uitgeschreven en komen alleen voor vergoeding in aanmerking voorzover deze de kosten van hetgeen wettelijk in rekening gebracht mag worden niet te boven gaan. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te worden.
 - 5 De verzekerde zal al het mogelijke doen om ervoor te zorgen dat Anova of de medisch adviseur alle gewenste inlichtingen krijgt.
 - 6 Indien de belangen van Anova worden geschaad door het niet nakomen van voornoemde verplichtingen behoeft Anova geen kosten te vergoeden.

5 Premie

5.1 Premiebetaling

- 1 De premie en/of wettelijke bijdragen voor de overeengekomen verzekeringen zijn vermeld op het polisblad. De premie en wettelijke bijdragen zijn bij vooruitbetaling verschuldigd.
Indien gewenst kan de premie bij vooruitbetaling per halfjaar of jaar worden voldaan; in dat geval wordt een door Anova vast te stellen premiekorting verleend. De ontvangen premie wordt altijd eerst in mindering gebracht op de langst openstaande vordering.
- 2 Bij ingang of wijziging van de verzekeringsovereenkomst wordt de premie berekend vanaf de dag van ingang of wijziging.
- 3 Premievrijstelling: bij overlijden van de verzekeringnemer vóór het bereiken van de 55-jarige leeftijd is voor de overige verzekerden gedurende een periode van twaalf maanden geen premie verschuldigd. Deze periode gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op die van het overlijden. De premievrijstelling geldt niet voor wettelijke bijdragen.
- 4 Bij tussentijdse beëindiging of wijziging van een verzekeringsovereenkomst, waarvan de premie vooruit betaald is, wordt restitutie verleend danwel suppletie in rekening gebracht vanaf de dag van beëindiging respectievelijk wijziging.
- 5 Bij tussentijdse beëindiging van een verzekeringsovereenkomst wegens het aangaan van een verplichte ziekenfondsverzekering wordt restitutie verleend conform het bepaalde in de Ziekenfondswet. Verzekeringnemer is tenminste één maandpremie verschuldigd.
- 6 Indien de verzekeringsovereenkomst is beëindigd terwijl de verzekeringnemer niet aan zijn verplichting heeft voldaan om tijdig de verschuldigde premie te voldoen, blijft hij niettemin aansprakelijk voor die achterstallige premie en/of wettelijke bijdragen. Alle kosten, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, zijn voor rekening van verzekeringnemer vanaf de dag dat hij in gebreke is. De buitengerechtelijke kosten worden naast de bureaukosten en de administratiekosten gesteld op tenminste 15% van de verschuldigde premie en/of wettelijke bijdrage.
- 7 Verzekeringnemer mag geen premie en/of wettelijke bijdragen verrekenen met te ontvangen uitkeringen.

5.2 Schorsing recht op vergoedingen

- 1 Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet tijdig, dat wil zeggen uiterlijk binnen dertig dagen na de vervaldag van de premie betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend voor gebeurtenissen die na de vervaldag van de premie plaatsvinden. Een nadere ingebrekestelling door Anova is niet vereist.
- 2 Het recht op dekking herleeft op het ogenblik waarop de verzekeringnemer de volledige achterstallige premie en/of wettelijke bijdragen heeft betaald, doch uitsluitend met betrekking tot kosten die na betaling van de verschuldigde premie zijn gemaakt en niet te verwachten waren.
- 3 De eventuele kosten van invordering van de premieschuld en de over die schuld te berekenen wettelijke rente worden vanaf de dag waarop de premie verschuldigd is, zonder ingebrekestelling aan de verzekeringnemer in rekening gebracht.
- 4 Het voorgaande laat het recht van Anova de verzekering op te zeggen overeenkomstig het in 7.4 bepaalde onverlet.

5.3 Eigen risico

- 1 Een eigen risico geldt per polis per kalenderjaar. Indien de verzekering ingaat na 1 januari van een kalenderjaar, wordt het eigen risico naar evenredigheid verminderd. Het eigen risico wordt niet verlaagd bij een voortijdig einde van de verzekering. Een reeds ingehouden eigen risico wordt niet gerestitueerd.
- 2 Wijziging van het eigen risico is slechts mogelijk per 1 januari. De verzekeringnemer dient de wens daartoe vooraf schriftelijk aan Anova kenbaar te maken. Wijziging van het eigen risico kan binnen een jaar nadat de verzekering werd afgesloten zonder hernieuwde acceptatie plaatsvinden en vangt dan aan op 1 januari van het volgende kalenderjaar.
Verlaging van het eigen risico langer dan een jaar nadat de verzekering werd afgesloten wordt beschouwd als het sluiten van een nieuwe verzekering; dit geldt ook indien de verzekeringnemer de omvang van de verzekering van een reeds bij Anova lopende verzekering wil uitbreiden. Derhalve zijn in die gevallen de op de inschrijving betrekking hebbende artikelen ten aanzien van de goede gezondheid, leeftijdsgrenzen en leeftijdstoelagen van toepassing. Beoordeling van de aanvraag geschiedt overeenkomstig het in 3.1 bepaalde.
- 3 Wijziging van de gezinssamenstelling in de loop van een kalenderjaar heeft geen invloed op het eigen risico.

5.4 Kennisgeving

- 1 De verzekeringnemer is verplicht Anova schriftelijk mededeling te (laten) doen van iedere wijziging in de omstandigheden, die voor de verzekering van belang kan zijn. De kennisgeving dient plaats te vinden binnen veertien dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan.
Dergelijke wijzigingen zijn ondermeer:
 - adreswijziging;
 - huwelijk, duurzame samenwoning of beëindiging daarvan;
 - geboorte of de komst van een pleeg- of adoptiekind in een gezin;
 - overlijden;
 - wijziging van (post)bankrekeningnummer.
- 2 De verzekeringnemer is verplicht Anova op haar verzoek alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door Anova noodzakelijk worden geacht.
- 3 Als aan de bovengenoemde meldingsplicht niet is voldaan, bestaat er geen recht

op uitkering of premierestitutie.

- 4 Mededelingen verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

6 Wijziging van premie of voorwaarden

- 1 Anova heeft het recht de premie en/of voorwaarden van de verzekering en bloc danwel groepsgewijs op een door Anova te bepalen datum te wijzigen. De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen dertig dagen na ontvangst van de mededeling schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering per de in de mededeling door Anova genoemde wijzigingsdatum.
- 2 De in 6.1 genoemde mogelijkheid van opzegging door de verzekeringnemer geldt niet indien:
 - a de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 - b de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt;
 - c de verzekerde nog geen twaalf maanden bij Anova is ingeschreven.
- 3 De verzekeringnemer kan de verzekering niet opzeggen indien de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens waaraan de premie voor de verzekerde is gekoppeld.

7 Begin, duur en einde van de verzekering

- 1 De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum, die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld.
- 2 De verzekering wordt aangegaan voor de duur van één kalenderjaar en wordt stilzwigend telkens voor eenzelfde periode verlengd, tenzij door de verzekeringnemer tenminste drie maanden voorafgaand aan de datum van verlenging schriftelijk aan Anova te kennen wordt gegeven dat hij de verzekeringsovereenkomst niet wenst te continueren.

Een verzekering die is ingegaan in de loop van een kalenderjaar wordt tenminste voor de duur van dat jaar en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan.
- 3 In afwijking van het in 7.2 bepaalde eindigt de verzekeringsovereenkomst tussentijds:
 - a door overlijden van de verzekeringnemer;
 - b door opzegging door de verzekeringnemer overeenkomstig het in 6.1 bepaalde;
 - c door opzegging door Anova overeenkomstig het in 7.4 bepaalde;
 - d door toelating van de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering. De verzekering eindigt op de datum waarop Anova schriftelijk bericht van de verzekerde ontvangt van inschrijving in het ziekenfonds, doch niet eerder dan de ingangsdatum van de ziekenfondsverzekering. Het schriftelijk bericht dient vergezeld te gaan van een kopie van het bewijs van inschrijving in het ziekenfonds;
 - e door vestiging metterwoon in het buitenland, tenzij de verzekeringnemer en Anova anders overeenkomen.
- 4 Anova is bevoegd de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen:
 - a indien de verzekeringnemer twee maanden na de vervaldag van de premie de premie en kosten nog niet heeft betaald;
 - b indien de verzekeringnemer of de verzekerde naar aanleiding van een gebeur-

- tenis een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven;
- c indien Anova zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanmeldingsformulier of op verzwijging van omstandigheden die voor Anova van zodanig belang zijn, dat Anova bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten;
 - d indien de verzekeringnemer niet voldoet aan het schriftelijk verzoek van Anova alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering voor Anova noodzakelijk worden geacht;
 - e indien de verzekerde de verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst niet nakomt.
- 5 In het geval als bedoeld in 7.4 onder c heeft Anova, overeenkomstig het bepaalde in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel, de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen.
 - 6 In alle overige gevallen als bedoeld in 7.4 eindigt de verzekeringsovereenkomst op de datum als genoemd in de opzeggingsbrief, met dien verstande dat Anova tenminste een opzegtermijn van veertien dagen in acht dient te nemen.
 - 7 Indien de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt zal de verzekerde worden ingeschreven in de StandaardPakketPolis. Eventueel lopende aanvullende verzekeringen worden gecontinueerd.

8 Geschillenregeling en toepasselijk recht

- 1 De verzekerde die het niet eens is met de manier waarop de verzekeraar de verzekerde heeft behandeld of de verzekering heeft uitgevoerd kan schriftelijk danwel mondeling een klacht indienen bij het Klachtenburo van Anova, tel. 033 445 64 62.
- 2 De verzekerde kan een geschil gebaseerd op de Anova ziektekostenverzekering, nadat dit ter kennis is gebracht van Anova en Anova haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, danwel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.
- 3 Het bovenstaande laat onverlet het recht van de verzekerde een beroep te doen op de burgerlijke rechter.
- 4 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

9 Ingangsdatum

Deze polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2001.

10 Dekking Anova Budgetpolis

10.1 Preventie

a. Cursuspakket "Gezonder leven"

Omschrijving: volgen en afronden van een (preventieve) cursus ter bevordering van de gezondheid.

Zorgverlening: AWBZ-erkende kruisorganisatie of een andere instantie, waarmee Anova afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal f 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een certificaat of kopie-bewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

b. Preventief onderzoek

Omschrijving: • baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje);
• borstkankeronderzoek;
• cholesterolttest;
• onderzoek van hart- en bloedvaten;
• prostaatonderzoek.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: vergoeding van preventieve onderzoeken, niet zijnde de hierboven genoemde, komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking na TQESTEMMING VOORAF door Anova, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

c. Vaccinatie

1 Vaccinatie buitenland

Omschrijving: kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Zorgverlening: GG&GD en huisarts.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f 250,- per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die worden toegediend in verband met een risico dat direct voortvloeit uit de beroepsuitoefening, komen niet voor de vergoeding in aanmerking.

2 Overige vaccinaties

Omschrijving: • griep;
• hepatitis-B immunisatie in verband met besmettingsgevaar;
• hepatitis-B: inenting van pasgeborenen;
• hondsdolheid;
• immunisatie in verband met zwangerschap;
• mazelen.

Zorgverlening: huisarts of specialist.

Vergoeding: volledig.

10.2 Medisch specialistische hulp en onderzoek

a. Medisch specialistische hulp, poliklinisch

Omschrijving: • specialistische behandeling op advies van de huisarts of de tandarts niet gepaard gaande met een opname in een ziekenhuis;
• bijkomende kosten;
• laboratoriumonderzoek ook op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: huisarts of tandarts.

Bijzonderheden: voor hulp door een oogarts is geen verwijzing nodig.

b. Audiologische hulp

Omschrijving: • het onderzoek naar de gehoorfunctie;
• de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
• voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
• psychosociale hulp, indien noodzakelijk, in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

Zorgverlening: audiologisch centrum.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

c. Chronisch intermitterende beademing

Omschrijving: • mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum;
• de door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: specialist in een daartoe erkend beademingscentrum.

d. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving: • onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid en DNA-onderzoek;
• erfelijkheidsadviesing;
• de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.

Zorgverlening: erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen zorgverzekeraars van de andere personen.

e. Leukemie bij kinderen

Omschrijving: centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Zorgverlening: Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

Vergoeding: volledig.

f. Second opinion

Omschrijving: second opinion door een specialist.

Vergoeding: volledig.

g. Trombosedienst

Omschrijving: hulp door een trombosedienst.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: specialist of huisarts.

10.3 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

a. Opname

- Omschrijving:
- verpleging, indien en zolang op medische gronden onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden;
 - het honorarium voor medisch specialistische of kaakchirurgische hulp;
 - de bijkomende kosten.

TIP

Geef een ziekenhuisopname zo snel mogelijk (binnen 24 uur) aan ons door.

- Vergoeding:
- volledig voor opname voor de verzekerde klasse;
 - verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan 3 maanden;
 - verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang Anova voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd.

Machtiging: ja, VOORAF.

- Bijzonderheden:
- een eventueel eigen risico zal bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar slechts éénmaal worden ingehouden. Het eigen risico zal in dat geval slechts worden berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam.

b. Dagverpleging

- Omschrijving:
- medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis, verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek;
 - het honorarium voor medisch specialistische hulp;
 - de bijkomende kosten.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor dagverpleging in verband met plastische chirurgie VOORAF.

c. In vitro fertilisatie en fertiliteitbevorderende behandelingen voor de vrouwelijke verzekerde

- Omschrijving:
- de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor in vitro fertilisatie (IVF-behandeling) in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie.

Zorgverlening: vergunninghoudend ziekenhuis.

Vergoeding: ten hoogste drie pogingen voor in vitro fertilisatie, waarbij per poging een eigen bijdrage van f 800,- is verschuldigd.

Machtiging: ja, VOORAF.

- Bijzonderheden:**
- onder een poging wordt verstaan één terugplaatsing van embryo(s) (embryo-transfer);
 - uitgesloten is infertiliteit op basis van kunstmatig verkregen steriliteit.

d. Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis

Omschrijving: nachtelijk verblijf in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling respectievelijk behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed kliniek te Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis te Amsterdam.

Vergoeding: f75,- per nacht.

e. Nierdialyse

Omschrijving:

- nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch);
- nierdialyse bij de verzekerde thuis;
- erythropoëetine.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor thuisdialyse VOORAF.

Bijzonderheden: bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die hiervoor door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

f. Ouderverblijf bij opname kind

Omschrijving: noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, ingeval van opname van een op de polis verzekerd kind.

Vergoeding: f25,- per nacht.

g. Orgaantransplantatie

Omschrijving:

- transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long en lever (orthotoop);
- weefselyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door Eurotransplant;
- verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor de donor is verzekerd;
- medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de desbetreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor donor VOORAF.

Bijzonderheden: de kosten van transplantaties van andere organen, waaronder de combinatie hart-long, worden niet vergoed.

h. Sterilisatie en abortus

Omschrijving: sterilisatie en abortus in een erkend ziekenhuis door een specialist.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden:
- bij sterilisatie van de man worden de kosten vergoed tot ten hoogste het bedrag verschuldigd bij een poliklinische behandeling;
 - de kosten voor het ongedaan maken van een kunstmatige steriliteit komen niet voor vergoeding in aanmerking.

i. Zorghotel

Omschrijving: opname in een in Nederland gelegen en aan een ziekenhuis verbonden inrichting voor verpleging van zieken, direct aansluitend op en dienende ter verkorting van opname in een ziekenhuis.

Vergoeding: 75% van de kosten die met een opname voor dezelfde indicatie in een ziekenhuis gemoeid zouden zijn tot maximaal de werkelijk gemaakte kosten.

10.4 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a. Bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis

Omschrijving:

- het honorarium voor verloskundige hulp;
- verpleging, indien en voor zolang op medische gronden verblijf in het ziekenhuis noodzakelijk is;
- de bijkomende kosten;
- volledig kraampakket.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden:
- indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen vanaf de dag van de bevalling verstreken is, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een uitkering ten behoeve van kraamzorg verleend van f300,-;
 - in plaats van deze uitkering kan ook een vergoeding worden verleend voor kraamzorg in natura door een door Anova gecontracteerde kraaminstelling. Deze omvat kraamzorg gedurende minimaal 4 uur per dag verspreid over maximaal 14 dagen tot een maximum van 60 uur (bij meerlingen: 72 uur) onder aftrek van 6 uur kraamzorg voor elke krachtens ziekenhuisverpleging in rekening gebrachte dag (met ingang van de dag van bevalling);
 - de aanvraag voor "Anova -Topkraamzorg in natura" dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van Anova te zijn.

b. Bevalling in een kraamcentrum of zonder medische noodzaak in een ziekenhuis (poliklinisch)

Omschrijving:

- het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg);
- poliklinische bevalling;
- de bijkomende kosten.

Zorgverlening: specialist, huisarts of verloskundige.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden: voor de kosten van voor eigen rekening voortgezet verblijf in het ziekenhuis en/of kosten thuis wordt een tegemoetkoming verleend van f300,- per dag tot maximaal f2400,- met ingang van de dag van bevalling.

c. Bevalling thuis

Omschrijving: het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

Zorgverlening: huisarts of verloskundige.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden:
- voor de kosten thuis wordt een tegemoetkoming verleend van f 300,- per dag tot een maximum van f 2.400,- met ingang van de dag van bevalling en een volledig kraampakket, tenzij gebruik gemaakt wordt van "Anova Topkraamzorg in natura";
 - de aanvraag voor "Anova Topkraamzorg in natura" dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van Anova te zijn.

d. Topkraamzorg in natura

- Omschrijving:
- kraampakket;
 - kraamzorg door een door Anova gecontracteerde kraaminstelling gedurende minimaal 4 uur per dag verspreid over maximaal 14 dagen tot een maximum van 60 uur (bij meerlingen: 72 uur);
 - extra bevallingsassistentie tot een maximum van 6 uur bij een thuisbevalling;

Zorgverlening: een aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgster.

Vergoeding: kraamzorg in natura.

- Bijzonderheden:
- er bestaat recht op verstrekking van een kraampakket indien de aanstaande moeder als deelnemer vermeld staat op de polis en het kraampakket tussen de 20e en 12de week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum via het centrale Anova telefoonnummer 033 330 13 00 is aangemeld;
 - de verzekerde die gebruik maakt van Anova Topkraamzorg ontvangt een kraampakket in de zesde of zevende maand van de zwangerschap;
 - bij een combinatie van Anova Topkraamzorg met de hulp genoemd onder a, b of c vervalt de aldaar bij de bijzonderheden genoemde vergoeding van f 300,- per dag respectievelijk het maximumbedrag ad f 2.400,-.

TIP

**Bel 033 330 13 00 voor Anova Topkraamzorg
uiterlijk vijf maanden voor de bevalling.**

10.5 Farmaceutische hulp

- Omschrijving:
- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
 - bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
 - polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
 - verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Levering: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: overeenkomstig de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld met inachtneming van het daarin opgenomen Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS), maar uitsluitend voor zover de kosten een bedrag van f 2500,- per polis per kalenderjaar te boven gaan. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor ver-

goeding in aanmerking. De Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten maken deel uit van deze polis en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

Voorschrift: arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige.

Machtiging: uitsluitend voor dieetpreparaten VOORAF.

- Bijzonderheden:**
- op de vergoeding voor medicijnen is een eventueel algemeen eigen risico niet van toepassing;
 - het GeneesmiddelenVergoedingen Systeem (GVS) is door de overheid vastgesteld en houdt in dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. De eigen bijdrage die verschuldigd is boven de krachtens het GVS gemaximeerde vergoeding wordt volledig vergoed. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp of Anova anders bepaalt.
 - Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:
 - vijftien dagen: een voor de verzekerde nieuwe medicatie;
 - een half jaar: orale anticonceptiva;
 - drie maanden: geneesmiddelen voor chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlust remmende geneesmiddelen;
 - vijftien dagen: geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
 - een maand: overige gevallen.
 - dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, resorptiestoornis, voedselallergie of stofwisselingsstoornis;
 - de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:
 - middelen die vallen onder het Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten;
 - bepaalde zelfzorggeneesmiddelen, die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
 - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
 - ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van Anova noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel.

10.6 Hulpmiddelen

a. Hulpmiddelen

- Omschrijving:**
- aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering, opgenomen in de Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland. De Uniforme regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar;
 - orthopedische steunzolen.

Zorgverlening: orthopedische steunzolen: via orthopedisch instrumentmaker, lid van Orthobanda of via orthopedisch schoentechnieker, lid van de Nederlandse Vereniging van Orthopedische Schoentechniek.

- Vergoeding:** • hulpmiddelen: overeenkomstig de maximum bedragen in de Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland;
• orthopedische steunzolen: volledig.
- Voorschrift:** behandelend arts en waar vereist behandelend specialist.
- Machtiging:** ja, uitsluitend voor aanschaf en bruikleen VOORAF. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- Bijzonderheden:** • de te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Anova;
• de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Uniforme regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
• de in de Uniforme regeling Hulpmiddelen genoemde eigen bijdragen worden vergoed tot ten hoogste f 1.000,- per polis per kalenderjaar via een aparte declaratie door de verzekerde.
- b. Brillenglazen of contactlenzen**
- Omschrijving:** brillenglazen of contactlenzen met een sterkte van tenminste 4,25 dioptrieën.
- Vergoeding:** tot een maximum van f 300,- per verzekerde ten hoogste eenmaal per 3 kalenderjaren.
- Bijzonderheden:** • voor de berekening van het aantal dioptrieën wordt het aantal dioptrieën van een eventuele cilinder en het leesgedeelte niet meegeteld;
• zonnebrillen en gekleurde contactlenzen komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- c. Diabetes hulpmiddelen**
- Omschrijving:** kosten van diabetes hulpmiddelen voor zover men niet insuline afhankelijk is.
- Vergoeding:** tot een maximum van f 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

10.7 Revalidatie

- Omschrijving:** onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.
- Zorgverlening:** een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.
- Vergoeding:** volledig.
- Machtiging:** ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient te zijn voorzien van een behandelplan, met daarin tenminste de aard en complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.
- Bijzonderheden:** • de hulp dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat;
• de verzekerde dient met die hulp in staat te zijn een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is;

- op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

10.8 Ziekenvervoer

- Omschrijving:**
- medisch noodzakelijk vervoer per ambulance, helikopter, rolstoelbus, taxi of personenauto;
 - in verband met een opname in of ontslag uit een ziekenhuis, sanatorium, kraaminrichting of andere medische instelling;
 - van en naar de plaats waar een behandelend arts, specialist, therapeut of behandelaar zijn praktijk uitoefent;
 - verband houdend met een medische behandeling, waarvoor de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening komen van Anova;
 - na een ongeval zonder dat direct een opname behoeft te volgen, mits het betreft vervoer naar een ziekenhuis, van dat ziekenhuis naar een ander ziekenhuis waar de verzekerde uiteindelijk wordt opgenomen of van dat ziekenhuis naar de woonplaats van de verzekerde.
- Vergoeding:**
- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, helikopter, rolstoelbus of taxi: volledig;
 - medisch noodzakelijk ziekenvervoer per eigen personenauto: f0,45 per kilometer.
- Voorschrift:** behandelend arts, specialist, therapeut.
- Bijzonderheden:** bij de nota dient een verklaring van de behandelend arts, specialist of therapeut te worden overgelegd, waaruit blijkt dat openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord werd geacht.

10.9 Tandheelkundige hulp

a. Orthodontie

1. Normale gebitsregulatie

- Omschrijving:** orthodontiebehandeling van verzekerden jonger dan 18 jaar.
- Zorgverlening:** orthodontist of tandarts.
- Vergoeding:** volledig
- Bijzonderheden:** indien gedurende de behandeling de 18-jarige leeftijd bereikt wordt en voortzetting noodzakelijk is, zal de voortgezette behandeling eveneens vergoed worden;

2. Bijzondere gevallen

- Omschrijving:**
- behandeling van een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- (cheilo-), kaak- (gnatho-) of verhemeltespleet (palatoschisis);
 - een kaakorthopedische afwijking die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is.

Zorgverlening: orthodontist.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts of tandarts.

b. Tandheeskundige hulp door een tandarts aan verzekerden tot 18 jaar

1. Normale tandheeskundige hulp

Zorgverlening: tandarts of dienst voor jeugdtandverzorging.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f 500,- (inclusief techniekkosten) per verzekerde per kalenderjaar.

2. Bijzondere gevallen

Omschrijving: behandeling van kinderen, waarbij door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en die geen aanspraak kunnen maken op tandheeskundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

Zorgverlening: tandarts.

Vergoeding: 75% van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur voor verzekerde verrichtingen.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden: een aanvraagformulier wordt op verzoek door Anova verstrekt.

c. Tandheeskundige hulp in bijzondere gevallen

Omschrijving: behandeling van een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel die het gevolg is van een van de volgende lichamelijke aandoeningen of tandheeskundige afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- een kaakgewrichtafwijking (pijndysfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- een defect tengevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);
- functieverlies van de speekselklieren, zoals na bestralingen in het hoofd/halsgebied en bij een ernstige vorm van de ziekte van Sjögren waarbij sprake is van ernstige tandheeskundige consequenties.

Zorgverlening: centrum voor tandheeskundige hulp in bijzondere gevallen.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient te zijn voorzien van een behandelplan.

Bijzonderheden: het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

d. Tandheelkundige implantaten

- Omschrijving: • implantaten, ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
 • implantaten, dienende als steun voor een (overkapping-)prothese.
- Zorgverlening: kaakchirurg
- Vergoeding: volledig
- Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient te zijn voorzien van een goed-gekeurd behandelplan
- Bijzonderheden: geen vergoeding wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg, de anesthesist en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de supra-structuur op implantaten en de (overkapping) prothese.

10.10 Therapieën

a. Huidtherapieën

- Omschrijving: • acnetherapie: huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij genezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat;
 • camouflagetherapie: lessen in verband met sterk ontsierende littekens in het gelaat of hals inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke;
 • elektrische epilatie: behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat of hals;
 • manuele lymfedrainage: behandeling van ernstig lymfoedeem;
 • psoriasisbehandeling: behandeling in één van de bij zorgverlening genoemde centra voor psoriasisbehandeling voor ernstige vormen van psoriasis waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken, of lichtbehandeling thuis of op de werkplek.
- Zorgverlening: • huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) en een overeenkomst met ANOVA heeft gesloten;
 • psoriasisbehandeling: Psoriasis Dagbehandelingcentrum Midden-Nederland te Ede, Psoriasis Dagbehandelingcentrum Midden-Nederland te Utrecht, kuurcentrum Boekelo of Multicare te Hilversum.

b. Overige therapieën

- Omschrijving: • ergotherapie: behandeling van patiënten met chronische, invaliderende ziekten;
 • flebologie/proctologie: behandeling van spataderen en aambeien;
 • groepstherapie voor reumapatiënten: zwemmen in extra verwarmd water;
 • podotherapie;
 • stottertherapie.
- Zorgverlening: • ergotherapie: ergotherapeut;
 • flebologie/proctologie: arts niet zijnde medisch specialist die praktiseert als fleboloog/proctoloog;
 • groepstherapie voor reumapatiënten: fysiotherapeut of oefentherapeut;
 • podotherapie: podotherapeut, podokinesioloog of podo-orthesioloog;
 • stottertherapie:
 - Del Ferro instituut te Amsterdam (Del Ferro);
 - Stotterinstituut "De Pauw" te Lisse (BOMA-methode).

Vergoeding: tot een maximum van f 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke of gecombineerde kosten van de bij omschrijving onder a en b genoemde huidtherapieën en overige therapieën.

Voorschrift: arts, fysiotherapeut, huidtherapeut

Bijzonderheden:

- om in aanmerking te komen voor groepstherapie voor reumapatiënten dient betrokkene lid te zijn van een reumapatiëntenvereniging;
- bij podotherapie vervaardigde hulpmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking met inachtnaam van het onder "vergoeding" genoemde maximumbedrag.

10.11 Extra vergoedingen

a. Diëtistische voedingsadviezen

Zorgverlening: diëtist.

Vergoeding: 75%.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

b. Flexibele thuishulp

Omschrijving: flexibele thuishulp binnen 24 uur door ziekte en/ of ongeval van de partner ontstaan door een acute noodsituatie.

Zorgverlening: door Anova gecontracteerde thuiszorgorganisatie.

Vergoeding: ten hoogste 14 dagen per kalenderjaar tot een bedrag van maximaal f 300,- per etmaal.

Bijzonderheden:

- Anova kan in het kader van deze thuishulp nadere informatie verlangen van de verzekerde teneinde diens aanspraak op thuishulp goed te kunnen beoordelen;
- Anova kan nadere voorwaarden stellen aan de te verlenen thuishulp;
- geen aanspraak op thuishulp bestaat wanneer het uitvallen van de partner wordt veroorzaakt, bevorderd of verergerd door:
 - 1 zwangerschap of bevalling, tenzij hierbij complicaties optreden;
 - 2 het onder invloed zijn van alcoholhoudende dranken;
 - 3 het gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdoevende of opwekkende middelen, anders dan op medisch voorschrift.

c. Psychische hulpverlening

Omschrijving: psychische hulpverlening die binnen vijf dagen van start kan gaan.

Zorgverlening: vrijgevestigde psycholoog of psychotherapeut, die is aangesloten bij een door Anova gecontracteerde instelling voor (zakelijke) geestelijke gezondheidszorg of voorkomt op een door Anova bijgehouden lijst.

Vergoeding: maximum f 2.000,- per polis per kalenderjaar.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, VOORAF.

d. Fysiotherapeutisch consult

Omschrijving: functioneel diagnostisch onderzoek als onderdeel van een behandeling via een gespecialiseerd paramedisch instituut voor rug-, schouder-, nek- en knieklachten, alsmede bekkeninstabiliteit.

Vergoeding: tot ten hoogste f 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: behandeling via een instituut waarmee Anova een overeenkomst heeft gesloten.

Machtiging: ja, VOORAF.

e. Kuren en therapeutische kampen

1. Herstellingsoord

Omschrijving: behandeling in een centrum dat hulp biedt aan personen die na lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben.

Zorgverlening: een herstellingsoord aangesloten bij een van de Herstellingsoordorganisaties of een niet AWBZ-erkend herstellingsoord waarmee Anova een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding: f 75,- per dag gedurende een periode van maximaal zes weken, ten hoogste éénmaal per drie kalenderjaren.

Machtiging: ja, VOORAF.

Voorschrift: behandelend arts.

2. Kuurbehandeling

Omschrijving: kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden.

Zorgverlening: een door Anova erkend kuurcentrum.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f 2000,- ten hoogste éénmaal per kalenderjaar.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden:

- privé uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3. Therapeutisch kamp

Omschrijving: verblijfskosten in een therapeutisch kamp voor astmatische of lichamelijk gehandicapte jongeren tot 18 jaar.

Vergoeding: f 15,- per dag tot een maximum van 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde.

f. Patiëntenvereniging

Omschrijving: lidmaatschapskosten van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/ Consumenten Federatie (NP/CF).

Vergoeding: f 50,- éénmalig per verzekerde gedurende de looptijd van de polis.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van lidmaatschap en het betalingsbewijs.

10.12 Buitenlanddekking

a. Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)
Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studietoelagen of ander tijdelijk verblijf van ten hoogste zes maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan hulp die bij vertrek redelijkerwijs niet is te voorzien.

TIP

Neem altijd als u naar het BUITENLAND gaat het telefoonnummer van Anova Alarmservice mee: 020 574 05 99

Vergoeding:

- geneeskundige kosten: overeenkomstig de in Nederland geldende voorwaarden. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximum bedragen gelden ook in het buitenland;
- ziekenvervoer: volledig voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen het land van verblijf;
- repatriëring: volledig voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of, bij indicatie voor ambulancevervoer en mits deze kosten niet hoger zijn, per vliegtuig vanuit het buitenland naar de eigen woonplaats of een ziekenhuis in Nederland, alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding, mits georganiseerd via bemiddeling van Anova Alarmservice;
- vervoer stoffelijk overschot: volledig van de plaats van overlijden naar Nederland en mits georganiseerd via bemiddeling van Anova Alarmservice;
- Anova Alarmservice: volledig voor het organiseren van hulpverlening door Anova Alarmservice.

Machtiging: ja, uitsluitend in de volgende gevallen

- voor opname binnen 24 uur na opname of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is via Anova Alarmservice;
- voor ziekenvervoer of vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar Nederland VOORAF via Anova Alarmservice.

Bijzonderheden:

- ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed indien Anova via Anova Alarmservice goedkeuring heeft verleend. Anova kan tevens besluiten tot repatriëring;
- medisch specialistische hulp wordt uitsluitend vergoed bij behandeling door een ter plaatse bevoegd specialist;
- voor declaratie kan de verzekerde een schade-specificatieformulier opvragen bij Anova;
- vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek via onze garantieverklaring ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden;
- indien het tijdelijk verblijf buiten Nederland uitsluitend of mede bedoeld is

om aldaar een medische behandeling te ondergaan, of een in Nederland aangevangen behandeling, verpleging en dergelijke in het buitenland voort te zetten, zal Anova niet tot vergoeding van de kosten overgaan. Voor chronische patiënten kan Anova een uitzondering maken. Hiervoor moet vooraf toestemming worden gevraagd door de behandelend specialist.

b. EU-dekking (niet spoedeisend)

Omschrijving: medische hulp die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf binnen EU-verdragslanden, voor zover de medische hulp, indien deze in Nederland zou zijn verleend, onder de polisdekking zou vallen. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximum bedragen gelden ook in het buitenland.

Vergoeding: tot ten hoogste 100% van de kosten die bij een soortgelijke behandeling in Nederland wettelijk in rekening mogen worden gebracht.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden:

- aan de toestemming voor behandeling in het buitenland kunnen nadere voorwaarden worden gesteld;
- kosten van vervoer naar en van het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek via onze garantieverklaring ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden.

11 AWBZ

Rechten en verplichtingen

Voor zover in de AWBZ niet anders is geregeld worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van Anova en de verzekerde(n) bepaald door het gestelde in deze polisvoorwaarden.

AWBZ-zorgaanspraken

Vergoed worden de zorgaanspraken krachtens de AWBZ met inachtneming van de bij of krachtens de AWBZ gestelde regels. De AWBZ kent onder meer de volgende zorgaanspraken:

- geestelijke gezondheidszorg;
- gezinszorg;
- kruiswerk;
- opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten;
- opneming in een verpleeghuis;
- ziekenhuisverpleging, na één jaar opname.