

Voorwaarden en vergoedingen Keuze Zorg Plan en aanvullende verzekeringen Avéro Achmea 2012



VOORWAARDEN

ingangsdatum 1 januari 2012

Voor u ligt het boekje voorwaarden en vergoedingen Keuze Zorg Plan en de aanvullende verzekeringen. In dit boekje zijn de voorwaarden en vergoedingen gedetailleerd omschreven. Uw polis en de daarbij behorende voorwaarden en vergoedingen Keuze Zorg Plan dienen uiteindelijk als grondslag voor uw basisverzekering. In de leeswijzer leggen wij u uit hoe u dit boekje moet gebruiken.

Indeling boekje

Dit boekje is als volgt ingedeeld:

- Leeswijzer voorwaarden en vergoedingen
- Alfabetisch overzicht vergoedingen
- Begripsbepalingen basisverzekering
- Algemene voorwaarden basisverzekering
- Aanspraken Keuze Zorg Plan (basisverzekering)
- Begripsbepalingen aanvullende verzekeringen
- Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen
- Aanspraken en vergoedingen aanvullende verzekeringen (Start, Extra, Royaal, Excellent)
- Aanspraken en vergoedingen aanvullende tandartsverzekeringen (T Start, T Extra, T Royaal, T Excellent)
- Aanspraken en vergoedingen klassenverzekering (Ziekenhuis Extra Verzekering)
- Service bij het Keuze Zorg Plan

Leeswijzer

Voorwaarden en vergoedingen

In de algemene voorwaarden leest u de algemene informatie die te maken heeft met het sluiten van de basisverzekering, de premie, het eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de basisverzekering. In de vergoedingen leest u op welke vergoedingen en u recht heeft en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn.

Hoe werkt het boekje?

Aan de hand van het voorbeeld 'Eerstelijnspsychologische zorg' laten wij zien hoe u dit boekje kunt gebruiken:

1. U zoekt Eerstelijnspsychologische zorg op onder de "E" in het alfabetisch overzicht vergoedingen in de eerste kolom.
2. In de tweede en derde kolom 'Keuze Zorg Plan' vindt u het artikel- en paginanummer waar u de dekking vanuit de basisverzekering kunt vinden. In artikel 10 van het Keuze Zorg Plan leest u dat u recht heeft op een vergoeding van 5 zittingen per kalenderjaar met een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting. U leest in artikel 10 ook aan welke voorwaarden voldaan dient te worden.
3. In de vierde en vijfde kolom vindt u het artikel- en paginanummer waar u de dekking vanuit de aanvullende verzekering kunt vinden. Let op: De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering komt bovenop de vergoeding vanuit de basisverzekering. In artikel 7.1 van de aanvullende verzekering, leest u dat u recht heeft op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting tot maximaal € 100,- per kalenderjaar vanuit alle aanvullende verzekeringen. In artikel 7.2 leest u dat u ook nog recht heeft op extra zittingen eerstelijnspsychologie.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming bij ons aanvragen via telefoon, per post of e-mail. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u op onze website. Hier kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

VERGOEDING	BASISVERZEKERING		AANVULLENDE VERZEKERING	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Acnebehandeling			32	32
Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie			22	29
Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen			10	26
Anticonceptiva			11.3	26
Astma Centrum (Nederlands) in Davos (Zwitserland)	16	17		
Audiologisch centrum	19	17		
Babysensormatje van NannyCare			16.12	29
Bevalling (eigen bijdrage)	30	20	18	29
Beweegprogramma's			13	27
Bewegen in extra verwarmd water			14	27
Brillen en contactlenzen			16.9	28
Buitenland	19	17	24, 25	30,31
Buitenland, vaccinaties en geneesmiddelen			26	31
Camouflagetherapie			32	32
Circumcisie (besnijdenis)			6	25
Combinatietest (nekplooiemeting met bloedonderzoek)	29.3	19		
Cosmetische chirurgie	3	14	3.2	25
Counseling	29.1	19		
Dagbehandeling	1	14		
Dialyse	13	16		
Dieetadvisering			36.1	32
Dyslexiezorg	9	15		
Eerstelijnspsychologische zorg (eigen bijdrage)	10	15	7	26
Epilatie behandeling			32	32
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	20	17		
Ergotherapie	25	19		
Farmaceutische zorg (eigen bijdrage)	23	17	11.1	26
Fysiotherapie	24	18	12	27
Fysiotherapie, beweegprogramma's			13	27
Gasthuis, overnachting nabij een ziekenhuis (bij poliklinische behandeling)			2	25
Gasthuis, verblijf- en reiskosten gezinsleden bij opname verzekerde			1	25
GeboorteTENS			17	29
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, niet-klinisch	11	15		
Griepvaccinatie			46	35
Herstel en Balans, nazorgtraining ex-kankerpatiënten			29	31
Herstellingsoorden			27	31
Health Check			47	35
Hoofdbedekking bij oncologie			16.2.3	28
Hoortoestel met afstandbediening (eigen bijdrage)			16.1	27
Hospice			44	35
Huidverzorging			32	32
Huisartsenzorg	21	17		
Hulpmiddelen	28	19	16	27
IVF (In Vitro Fertilisatie)	14.1	16		
Kaakchirurgie	1	14		
Ketenzorg	22	17		
Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)			43	34
Kraampakket			20	29
Kraamzorg (eigen bijdrage)	31	20	19.2	29
Lactatiekundige zorg			21	29
Leefstijlinterventies			36	32
Leefstijltrainingen			36.5	33

VERGOEDING	BASISVERZEKERING		AANVULLENDE VERZEKERING	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Logopedie	26	19		
Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken			33	32
Manuele lymfdrainage	24	18	12	27
Mechanische beademing	17	17		
Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg, extramuraal	5	14		
Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg, klinisch	1	14		
Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg, poliklinisch	4	14		
Melatonine			11.2	26
Nierdialyse	13	16		
Obesitasbehandeling			39	34
Oefentherapie	24	18	12	27
Oncologieonderzoek bij kinderen	15	17		
Ooglaseren			4	25
Orgaantransplantaties	7	15		
Orthodontie in bijzondere gevallen	40	22		
Orthodontie			40	34
Orthopedische geneeskunde			9	26
Orthopedisch schoeisel besparingsbijdrage			16.4	28
Overgangsconsulent			36.4	33
Patiëntenverenigingen			48	35
Partusassistentie (eigen bijdrage)			19.1	29
Pedicurezorg			31	31
Personalarmering op medische indicatie			16.5	28
Personalarmering op sociale indicatie			16.6	28
Plakstrips mammaprothese			16.7	28
Plastische chirurgie	3	14	3.1	25
Plaswekker			16.8	28
Podotherapie/podologie/podoposturale therapie			30	31
Prenatale screening	29	19		
Preventieve cursussen			36.3	33
Preventieve onderzoeken			35	32
Pruiken (eigen bijdrage)			16.2	27
Psoriasisdagbehandelingscentrum			8	26
Psychiatrische ziekenhuisopname	12	16		
Psychologische zorg (eigen bijdrage)	10	15	7	26
Psychotherapie	11	15		
Revalidatie	8	15		
Second opinion	6	14		
Aanvullende verzekeringen Tandartskosten				37
Sensormatje			16.12	29
Sperma invriezen	14.3	17		
Sportarts			38	33
Sportmedisch onderzoek			37	33
Sterilisatie			5	25
Steunpessarium			16.10	29
Steunzolen			30	31
Stottertherapie	26	19	15	27
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	29.2	19		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	34	20		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten			41	34
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar – algemeen	35	20		
Aanvullende verzekeringen Tandartskosten				36

VERGOEDING	BASISVERZEKERING KEUZE ZORG PLAN		AANVULLENDE VERZEKERING START, EXTRA, ROYAAL, EXCELLENT	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar – prothesen	36	21		
Aanvullende verzekeringen Tandartskosten				36
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 18 jaar			42	34
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	39	21		
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	38	21		
Tandheelkundige zorg, implantaten	37	21		
Therapeutische vakantiekampen			28	31
Trombosedienst	18	17		
Trans-therapie			16.11	29
Uitgestelde kraamzorg			19.3	29
Uitkering bij een Ongeval			49	35
Vakantiehôtels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken			34	32
Verloskundige zorg (eigen bijdrage)	30	19	18	29
Verpleging (extramuraal)	32	20		
Vervoer van zieken (eigen bijdrage)	33	20	23	30
Voedingsvoorlichting			36.2	33
Voetzorg voor verzekerden met diabetes Mellitus	27	19	31	31
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	14.2	16		
Zelfstandig behandelcentrum	2	14		
Ziekenhuisverpleging	1	14		
Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering				37
Zorgregelaar			45	35, 38

AANVULLENDE VERZEKERINGEN TANDARTSKOSTEN	BLZ
T Start, T Extra, T Royaal en T Excellent	36
AANVULLENDE ZIEKENHUIS EXTRA VERZEKERING	37
Service bij het Keuze Zorg Plan	38

Keuze Zorg Plan

Voorwaarden en vergoedingen

Ingangsdatum 1 januari 2012

Algemene voorwaarden Keuze Zorg Plan

Art.	Onderwerp	Blz
1	Begripsbepalingen	
2	Grondslag van de basisverzekering	
3	Aanmelding en inschrijving	
4	Ingangsdatum, duur en einde van uw basisverzekering	
5	Verplichtingen van de verzekerde	
6	Onrechtmatige inschrijving	
7	Verplicht eigen risico	
8	Vrijwillig gekozen eigen risico	
9	Premie	
10	Automatische incasso	
11	Wijziging van premie en/of voorwaarden	
12	Aanspraken	
13	Geldend maken van zorgaanspraken	
14	Aansprakelijkheid zorgverzekeraar	
15	Aansprakelijkheid van derden	
16	Geschillen	
17	Persoonsgegevens	
18	Fraude	
19	Buitenland	

Art. 1 Begripsbepalingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Apotheekhoudende

Onder apothekhoudende verstaan wij: (internet)apotheken, apothekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apothekhoudende huisartsen.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Avero Achmea

Avero Achmea is een handelsnaam van Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V

De zorgverzekeraar die als verzekeringsonderneming is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Bemoeizorg

Sociaal-psychiatrische hulpverlening met als doel om zorgmijdende, kwetsbare groepen te behandelen die in behoeftige of anderszins verkommerde omstandigheden leven maar de stap naar de reguliere hulpverlening nog niet kunnen, of niet meer willen maken.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apothekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode,

door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Dyslexie (ernstige)

Een lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het door ons vastgestelde Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

Eén volwassene, danwel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het door de huisarts, specialist oudergeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten,

gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IDEA-contract

De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen ons en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Kaakchirurg

Een tandarts–specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een psycholoog die zich na een universitaire studie, door opleiding en werkervaring, gekwalificeerd heeft op het gebied van de kinder- en jeugdpsychologie en die als zodanig is ingeschreven bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Medisch adviseur

De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Seksuologisch hulpverlener

Degene die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Tandarts

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

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de basisverzekering met ons is aangegaan.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (MISZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (MISZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V. Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12001023.

Art. 2 Grondslag van de basisverzekering

- 2.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting. Deze verzekeringsovereenkomst is tevens gebaseerd op het door u (verzekeringnemer) ingevulde aanvraagformulier. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan u (verzekeringnemer).
- 2.2 Naast het polisblad verstrekken wij een zorgpas. Bij het

- inroepen van hulp moet u het polisblad of de zorgpas tonen aan de zorgverlener.
- 2.3 De kosten van zorg op basis van deze basisverzekering kunnen behoudens eigen bijdragen, door de verzekerde bij ons gedeclareerd worden, tenzij er rechtstreekse declaratie bij ons plaatsvindt. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. De kosten van zorg gedeclareerd door een gecontracteerd zorgverlener zullen door ons rechtstreeks aan de zorgverlener worden vergoed conform het met deze gecontracteerde zorgverlener overeengekomen tarief.
Als de zorg wordt verleend door een niet gecontracteerd zorgverlener worden de kosten vergoed tot maximaal het op het moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Als en voorzover, op basis van de WMG, geen maximum(tarief) is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- 2.4 De vergoeding van de kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.5 U heeft slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Art. 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1 U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier, of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (zoals beschreven in artikel 2.1).
- 3.2 Bij aanmelding gaan wij na of is voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Wanneer hieraan wordt voldaan, wordt een polisblad afgegeven en bestaat daarna vergoeding van de kosten van zorg volgens deze wet.
- 3.3 Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met de hiervoor bedoelde partijen uw BSN gebruiken.
- 3.4 Aanmelding op grond van artikel 9a t/m d van de Zorgverzekeringswet (Zvw)
- 3.4.1 Wanneer het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) u op grond van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering bij ons verzekerd heeft, kunt u gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ u daarvan mededeling heeft gedaan, de desbetreffende verzekering vernietigen indien u aan het CVZ en aan ons kunt aantonen in de periode bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw, al krachtens een andere zorgverzekering verzekerd te zijn geweest.
- 3.4.2 In afwijking van artikel 931 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek zijn wij bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
- 3.4.3 U kunt, zo nodig in afwijking van artikel 7 Zvw, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Art. 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw basisverzekering

- 4.1 Ingangsdatum en duur van uw basisverzekering
- 4.1.1 De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop wij het verzoek tot het sluiten van de basisverzekering van u (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- 4.1.2 Wanneer degene ten behoeve van wie de basisverzekering wordt gesloten op de dag waarop wij het verzoek, bedoeld in artikel 4.1.1, ontvangen reeds op grond van een basisverzekering verzekerd is, en u (verzekeringnemer) aangeeft de basisverzekering te willen laten ingaan op een door u aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 4.1.1 en 4.1.2, gaat de basisverzekering op die latere dag in.
- 4.1.3 Wanneer de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

- 4.1.4 Wanneer de basisverzekering ingaat binnen een maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt deze, zo nodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd.
- 4.1.5 Een bij ons lopende basisverzekering kunt u, behoudens hetgeen in artikel 4.1.1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar en alleen na schriftelijke bevestiging van ons.
- 4.1.6 De collectieve basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Wanneer er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken zijn gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting, dan worden uw kinderen daar schriftelijk over geïnformeerd.
- 4.2 Einde van uw basisverzekering
- 4.2.1 U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. U kunt de basisverzekering binnen 14 dagen na ontvangst van uw polisblad schriftelijk of per e-mail zonder opgave van redenen beëindigen. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie terugstorten en u de eventueel ontvangen schadekosten terugbetaalt.
- 4.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering beëindigen:
- door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De basisverzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december een basisverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering opzegt.
 - als u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde door een andere basisverzekering wordt verzekerd. Als de opzegging bij ons voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering binnen is, kan de basisverzekering beëindigd worden met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u heeft opgezegd;
 - wanneer de reden van opzegging een overstap betreft van de ene collectieve basisverzekering naar de andere collectieve basisverzekering in verband met het beëindigen van of het aangaan van een nieuw dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.
 - bij beëindiging van deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie, wanneer de reden van opzegging betreft óf deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, óf door deelname aan een collectieve basisverzekering wegens een nieuw dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat deelname het collectief is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.
- 4.2.3 De basisverzekering eindigt:
- met ingang van de dag volgend op de dag waarop u niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de basisverzekering voldoet;
 - op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
 - bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 18;
 - bij overlijden;
 - als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze veranning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u uiterlijk twee maanden voor dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de basisverzekering eindigt.
- 4.2.4 Wanneer uw basisverzekering eindigt, delen wij u dit schriftelijk mede.

Art. 5 Verplichtingen van de verzekerde

- 5.1 U bent verplicht:
- a. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich

- te legitimeren aan de hand van één van de volgende geldige documenten: een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of vreemdelingendocument;
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de medisch adviseur daarom vraagt;
 - aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met privacy-regelgeving;
 - ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 - aan ons, binnen 30 dagen nadat u gedetineerd bent, de ingangsdatum en duur van de detentie te melden;
 - aan ons, binnen twee maanden nadat u in vrijheid bent gesteld, de datum van invrijheidstelling te melden.
- De verplichtingen onder e. en f. worden u opgelegd in verband met de wettelijke bepaling over de opschorting van dekking en de premieplicht tijdens de duur van de detentie.

- 5.2 Wanneer u zelf nota's van een zorgverlener ontvangt, dient u de originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. Vergoeding vindt alleen dan plaats wanneer wij beschikken over een originele en duidelijk gespecificeerde nota.

U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Op het moment dat u van deze mogelijkheid gebruik maakt bent u verplicht de originele nota's tot 1 jaar, nadat deze door ons zijn ontvangen, te bewaren. Wij behouden ons het recht voor deze originele nota's bij u op te vragen indien wij dat noodzakelijk achten.

Kopienota's, herinneringen, pro forma nota's, begrotingen of kostenramingen e.d. accepteren wij niet als originele nota en worden niet vergoed. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is.

- 5.3 U bent tevens verplicht om in voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de basisverzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de basisverzekering van toepassing is. In het geval u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar u volgens de vergoeding recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen.
- 5.4 U (verzekeringnemer) bent ons verplicht binnen een maand op de hoogte te stellen van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de basisverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, langdurig verblijf in het buitenland, e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.
- 5.5 Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen recht op vergoeding van de kosten van zorg.

Art. 6 Onrechtmatige inschrijving

- 6.1 Wanneer ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.
- 6.2 Wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door u sindsdien voor uw rekening genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand.

Art. 7 Verplicht eigen risico

- 7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 220,- per

verzekerde per kalenderjaar.

- 7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.
- 7.3 Op de vergoeding van de kosten van zorg, die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt wordt, wordt het verplicht eigen risico van € 220,- ingehouden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:
- de kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2013 door ons zijn ontvangen;
 - de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.
- 7.4 Vrijstelling verplicht eigen risico
Vrijgesteld van het verplicht eigen risico zijn:
- een aantal specifieke medisch specialistische ziekenhuisbehandelingen uit artikel 1 tot en met 5 van de aanspraken van het Keuze Zorg Plan. Een overzicht van deze specifieke medisch specialistische behandelingen en/of aandoeningen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.
 - Om in aanmerking te komen voor vrijstelling van het verplicht eigen risico, dient u op het moment van verwijzing contact op te nemen met onze afdeling Zorgbemiddeling voor een vrijblijvend zorgadvies en dient u de afspraak voor een eerste consult bij een medisch specialist door de afdeling Zorgbemiddeling te laten maken. Dit kan door het invullen van een aanvraagformulier via onze website of door telefonisch contact met ons op te nemen. Direct na het eerste consult nemen wij telefonisch contact met u op, aan de hand van dit telefoongesprek zal worden bepaald of u voor de behandeling, conform de polisvoorwaarden, kunt worden vrijgesteld van het verplicht eigen risico.
 - de kosten van het online programma 'Kleur je leven' vallend onder artikel 10 van de aanspraken van het Keuze Zorg Plan.
- Vrijstelling vindt alleen plaats als de volledige behandeling daadwerkelijk wordt ondergaan.
- 7.5 De kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 8.
- 7.6 Wanneer u in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat het verplichte eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.7 Wanneer uw basisverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.8 Bij beëindiging van uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.
- 7.9 In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol

- 7.10 maken van het verplicht eigen risico. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- 7.11 Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Art. 8 Vrijwillig gekozen eigen risico

- 8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website.
- 8.2 Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.
- 8.3 Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.
- 8.4 Kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.5 Voor de bepaling van het vrijwillig gekozen eigen risico is de situatie bij aanvang van de basisverzekering of situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Wanneer de basisverzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico naar evenredigheid verminderd.
- 8.6 In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.7 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.8 Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het vrijwillige eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
- 8.9 U kunt uw vrijwillig gekozen eigen risico met inachtneming van

artikel 4.1.5 jaarlijks wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar.

Art. 9 Premie

- 9.1 Premievaststelling en premieheffing
- 9.1.1 De hoogte van de premie van de basisverzekering wordt vastgesteld door ons. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico, die direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag of een eventuele collectiviteitskorting, die eveneens direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag. Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 9.1.2 Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt.
- 9.2 Het betalen van de premie
- 9.2.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 9.2.2 Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg.
- 9.2.3 Als de basisverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. In geval van fraude of misleiding kunnen wij van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.
- 9.3 Niet-tijdige betaling
- 9.3.1 Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.
- 9.3.2 Als u gekozen heeft voor premiebetaling per kwartaal of (half) jaar en u betaalt de premie niet binnen de gestelde betalingsstermijn, dan behouden wij ons het recht voor u (verzekeringnemer) terug te zetten naar premiebetaling per maand. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.
- 9.3.3 Nadat wij u hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u (verzekeringnemer) gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst.
- 9.3.4 Artikel 9.3.3 is niet van toepassing als wij aan u (verzekeringnemer) binnen twee weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.
- 9.4 Procedure rondom het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie
- 9.4.1 Indien er een achterstand in de premie is ontstaan ter hoogte van twee maandpremies bieden wij u (verzekeringnemer) schriftelijk binnen 10 werkdagen een betalingsregeling aan. De betalingsregeling bestaat in ieder geval uit de volgende elementen:
- een machtiging van u (verzekeringnemer) aan ons tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen;
 - afspraken over de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van u (verzekeringnemer) aan ons, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden;
 - een toezegging van ons, inhoudende dat wij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit artikel (9.4.1), zullen beëindigen, schorsen of opschorten, zolang u (verzekeringnemer) de machtiging of de opdracht, bedoeld in de tekst achter het eerste aandachtsstreepje van dit artikel (9.4.1), niet intrekt en de afspraken, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit artikel (9.4.1), nakomt.
- 9.4.2 Indien u (verzekeringnemer) een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in artikel 18a lid 1 Zvw is ontstaan, bestaat het aanbod tevens uit een bereidverklaring opzegging van deze

verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

- de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
- deze, indien deze zorgverzekering bij ons is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in tekst achter het eerste aandachtstreepje van artikel 9.4.1, aan ons heeft afgegeven.

- 9.4.3 In het aanbod staat tevens opgenomen dat u (verzekeringnemer) een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden. Indien u (verzekeringnemer) niet ingaat op de voorgestelde betalingsregeling of op andere wijze de betalingsachterstand niet voldoet dan ontvangt u (verzekeringnemer) bij een achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) ter hoogte van vier maanden een waarschuwing (4-maandsbrief) dat u (verzekeringnemer) zult worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premieregime als de achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) is gestegen tot zes maanden. U (verzekeringnemer) heeft het recht om binnen vier weken nadat deze voorgenomen aanmelding aan u (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt hiertegen bezwaar te maken.
- 9.4.4 Indien artikel 9.4.2 van toepassing is dan zenden wij de verzekerde afschriften van de stukken die wij in het kader van artikel 9.4.1 tot en met artikel 9.4.3 aan u (de verzekeringnemer) sturen. Dit geschiedt gelijktijdig.
- 9.4.5 Indien wij ons standpunt op de betwisting handhaven kunt u (verzekerde of verzekeringnemer) binnen een termijn van vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of aan de burgerlijk rechter (artikel 18b lid 2 Zvw).
- 9.4.6 Zodra een achterstand in premie (zonder incassokosten en rente) ter hoogte van zes maanden is bereikt melden wij dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u (verzekeringnemer en/of verzekerde), aan het CVZ, en aan u (verzekeringnemer en/of verzekerde). Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons, maar zal het CVZ een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) opleggen. Deze premie is hoger dan de standaardpremie en kan direct op uw inkomen worden ingehouden. Deze melding geschiedt niet indien:
- de premieachterstand door u (verzekeringnemer) tijdig is betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben kenbaar gemaakt;
 - gedurende de in artikel 9.4.5 genoemde termijn;
 - in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - indien u (verzekeringnemer) zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en kunt aantonen dat u in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten (artikel 18c lid 2 Zvw).
 - indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 9.4.1 ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan en zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.
- 9.4.7 Indien u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CVZ, de verschuldigde premie, de vordering uit hoofde van zorgkostennota's, wettelijke rente en eventuele incassokosten heeft voldaan melden wij u af bij het CVZ. De bestuursrechtelijke premie-inning zal worden stop-gezet en u (verzekeringnemer) betaalt de nominale premie weer aan ons.
- 9.4.8 Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CVZ direct op de hoogte van de datum waarop:
- de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorg-verzekerder deelneemt.
- 9.5 Bij (her)inschrijving na wanbetaling dient u twee maanden premie vooruit te betalen.

Art. 10 Automatische Incasso

Betalingen van de premie, verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden bij voorkeur per auto-matische incasso. Indien u kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Art. 11 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 11.1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld. U (verzekeringnemer) kan de basisverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging u is meegedeeld.
- 11.2 Als een wijziging in de voorwaarden en/of aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft u (verzekeringnemer) hiervoor één maand de tijd nadat de wijziging door ons aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld.

Art. 12 Aanspraken

- 12.1 Deze basisverzekering omvat aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- 12.2 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie zoals vermeld op de nota en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- Uitsluitingen:**
- 12.3 Wij vergoeden niet de kosten van zorg die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).
- 12.4 Wij vergoeden niet de kosten van keuringen, grieprikken, behandeling tegen snurken, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan en het afgeven van doktersverklaringen, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- 12.5 Wij vergoeden niet de kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken en door u niet afgehaalde hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten (ongeacht of het verzoek tot levering door u of door de voorschrijver bij de zorgverlener is ingediend).
- 12.6 Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf ten laste van uw verzekering. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad van u (verzekerde) dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.
- 12.7 Terrorisme
- 12.7.1 Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedeclaratie N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde vergoeding zijn opgenomen in het clausuleblad terroristmedekking van de NHT. Deze clausule en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

- 12.7.2 In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet een aanvullende bijdrage aan ons ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op het in lid 12.7.1 vermelde recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

Art. 13 Geldend maken van zorgaanspraken

- 13.1 Per vergoeding beschrijven wij de omvang van de vergoeding waarop u recht heeft en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent. Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wmg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.
- Voor farmaceutische- en hulpmiddelenzorg hebben wij overeenkomsten gesloten met zorgverleners. Als u farmaceutische zorg wenst van een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben afgesloten heeft u recht op een vergoeding zoals hierboven omschreven in artikel 13.1. Voor hulpmiddelenzorg geldt dat wanneer u hulpmiddelen wenst van een leverancier met wie wij geen overeenkomst hebben afgesloten, u recht heeft op een vergoeding zoals hierboven omschreven in artikel 13.1.
- 13.2 Wanneer en voor zover wij meer vergoeden dan waartoe wij door de overeenkomst gehouden zijn, wordt u geacht aan ons te hebben verleend een volmacht tot incasso op onze naam van het voor u aan de zorgverlener teveel betaalde.
- 13.3 U heeft recht op zorgbemiddeling.

Art. 14 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van de basisverzekering.

Art. 15 Aansprakelijkheid van derden

- 15.1 Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van u, moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziekte-kostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.
- 15.2 Als u wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde, als bedoeld in het eerste lid, bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij ons en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 15.3 U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als u daarvoor de schriftelijke toestemming van ons heeft.

Art. 16 Geschillen

- 16.1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 16.2 Wanneer u het niet eens bent met een door ons genomen beslissing of u bent ontevreden over onze dienstverlening dan kunt u uw klacht binnen zes maanden nadat de beslissing aan u is meegedeeld of de dienstverlening aan u is verleend voorleggen aan de Centrale Klachtcoördinatie. U kunt uw klacht per brief, e-mail, telefonisch, internet, per faxbericht of via onze servicepunten, aan ons voorleggen.
- 16.3 Na ontvangst wordt uw klacht opgenomen in ons klachtenregistratiesysteem en ontvangt u hiervan een bevestiging. U ontvangt uiterlijk binnen drie weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de afhandeling van uw klacht, dan informeert de behandelaar of de Centrale Klachtcoördinatie u hierover.
- 16.4 Wanneer u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht dan heeft u de mogelijkheid een herbeoordeling bij ons aan te vragen. Uw herbeoordelingsverzoek kunt u per brief, e-mail, telefonisch, internet of faxbericht bij de Centrale Klachtcoördinatie indienen. U ontvangt hiervan een bevestiging en ontvangt uiterlijk binnen drie weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de herbeoordeling van uw klacht, dan informeert de behandelaar of de Centrale Klachtcoördinatie u hierover.

- 16.5 In afwijking van het voorgaande lid, of wanneer de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen voldoet, kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl).
- 16.6 De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan. Het staat u altijd vrij om naar de burgerlijke rechter te stappen, zelfs nadat de Geschillencommissie een bindend advies heeft uitgebracht.
- 16.7 Ongeacht het in de overige leden van dit artikel bepaalde hebben consumenten, zorgverleners en zorgverzekeraars te allen tijden het recht een klacht in te dienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door ons gehanteerde formulieren. Een dergelijk klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgverlener, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies.

Voor meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen verwijzen wij u naar de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen'. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Art. 17 Persoonsgegevens

- 17.1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen Achmea voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om u te informeren over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van uw persoonsgegevens is voor zorgverzekeraars de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' van toepassing. Daarnaast is de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van kracht.
- 17.2 Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mail-adres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij Avero Achmea, Postbus 1717, 3800 BS Amersfoort, via telefoonnummer 0900 – 9690, of per e-mail Avero.zorgverzekering@achmea.nl.
- 17.3 In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij als Achmea uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.
- 17.4 Vanaf het moment dat de basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de basisverzekering te kunnen nakomen. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

Art. 18 Fraude

- 18.1 Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.
- 18.2 Elk uit deze basisverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- 18.3 Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:
- a. aangifte doen bij de politie;
 - b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
 - c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
 - d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

Art. 19 Buitenland

- 19.1 Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze recht op vergoeding van:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
 - zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van het Keuze Zorg Plan tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 19.2 Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van het Keuze Zorg Plan tot maximaal:
- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 19.3 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 19.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.
- 19.4 Omrekenkoers buitenlandse valuta
Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de omrekenkoers zoals die is vastgesteld door het CVZ. Wanneer deze koers ontbreekt, hanteren wij de maandelijks wisselkoers van de Nederlandsche Bank. Wij hanteren in dat geval de wisselkoers van de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.
- 19.5 Nota's uit het buitenland
De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Art. 1 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons ten minste drie weken voor de ziekenhuisopname om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, tandarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 12 van toepassing.

Art. 2 Zelfstandig behandelcentrum

Wij vergoeden bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum de kosten van:

- verpleging en verzorging;
- medisch specialistische zorg of kaakchirurgische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons ten minste drie weken voor de dagbehandeling om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, tandarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Art. 3 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist of kaakchirurg wanneer de behandeling leidt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslapt bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de buikwand (het abdominoplastiek), als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een zeer ernstige beperking van

de bewegingsvrijheid (hiervan is sprake indien het buikschort minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt);

- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard).

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling voor het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak, liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

Art. 4 Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook; de behandeling van specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 11 van toepassing.

Art. 5 Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg (extramuraal)

Wij vergoeden de kosten van de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische zorg en kaakchirurgische zorg met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook; de behandeling van specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 11 van toepassing.

Art. 6 Second opinion

Wij vergoeden de kosten van een second opinion. Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste behandelaar. Het oordeel of advies kan zowel door u als door de behandelend arts worden gevraagd.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door uw behandelaar. Dit kan een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut zijn.
- De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van u, zoals deze al besproken is met de eerste behandelaar.
- U dient met de second opinion terug te keren naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze basisverzekering valt.

Art. 7 Orgaantransplantaties

Wij vergoeden de kosten van:

- transplantatie in een ziekenhuis van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operationele verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor; het onderzoek, de preservatie, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- transplantatie in een zelfstandig behandelcentrum indien dit op grond van wet- en regelgeving is toegestaan.

De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- zorg, waarop volgens deze polis aanspraak bestaat, gedurende ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen en uitsluitend wanneer de verleende zorg verband houdt met die opname;
- het vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – wanneer en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige zin;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en de overige transplantatiekosten, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

Art. 8 Revalidatie

Wij vergoeden de kosten van revalidatie, maar uitsluitend als:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. Wij vergoeden bij revalidatie in een klinische situatie voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen tellen ook mee de overige opnames in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Art. 9 Dyslexiezorg

Wij vergoeden de kosten van diagnose en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg op zeven-, acht-, negen-, tien- of elfjarige leeftijd aanvangt. De zorg dient te worden uitgevoerd door een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking onder eindverantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliciteerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg. Bij deze multidisciplinaire samenwerking dienen de Richtlijnen multidisciplinaire samenwerking Diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie, zoals opgesteld door de beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT en NVLF, te worden gevolgd.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van het stellen van de diagnose alleen wanneer u bent doorverwezen door de school die hieraan voorafgaand met de verzekerde het Protocol Leesproblemen en Dyslexie heeft doorlopen en op basis hiervan het vermoeden heeft dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat.
- Om daarnaast voor vergoeding van de behandelingen in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform de criteria van het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling en dienen de behandelingen volgens dit protocol te geschieden. Het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Art. 10 Eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist en/of seksuologisch hulpverlener. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat ten hoogste vijf zittingen (van maximaal één uur) eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per verzekerde per dag vergoed. Uitgezonderd hiervan zijn telefonische consulten, e-mailconsulten en dubbele consulten. Voor telefonische- en e-mailconsulten geldt dat zij in combinatie met een andere prestatie gedeclareerd kunnen worden. Bij dubbele consulten kunnen tot twee zittingen per dag gedeclareerd worden. Eerstelijnspsychologische zorg kan ook worden verleend via internet door middel van programma's die wij hebben erkend. Een overzicht met de door ons erkende internetprogramma's en de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor deze internetprogramma's geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 50,- per programma.

Voorwaarden

- U moet, met uitzondering van de online cursus 'Kleur je Leven', zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of een arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- De orthopedagoog-generalist behandelt uitsluitend kinderen en jeugdigen tot 18 jaar.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.
- Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen.

Art. 11 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ)

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut of klinisch psycholoog.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
- de met de behandeling gepaard gaande verpleging;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt voor DBC's tot 100 minuten een wettelijke eigen bijdrage van € 100,-. Voor DBC's vanaf 100 minuten geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 200,-. De wettelijke eigen bijdrage bedraagt in totaal maximaal € 200,- per kalenderjaar (exclusief de eigen bijdrage voor verblijf van € 145,- per maand).

Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor de DBC's 'indirecte tijd' en 'crisis' zorg indien bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC en voor zorg die door een psychiater in een instelling wordt verleend met toepassing van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Voorwaarden

- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen.

Art. 12 Psychiatrische ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten van opname in een GGZ-instelling (psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) gedurende ten hoogste 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en niet psychiatrische ziekenhuisopname. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een eigen bijdrage van € 145,- per maand. Gedurende de eerste 31 dagen van het verblijf is geen bijdrage verschuldigd.

Een onderbreking van ten hoogste zeven dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 31 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg conform artikel 11 met inachtneming van de daarbij van toepassing zijnde wettelijke eigen bijdragen;
- het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- U moet voor opname in een GGZ-instelling (psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van verblijf verband houdende met de behandeling van aanpassingsstoornissen.

Art. 13 Niet-klinische dialyse

Wij vergoeden de kosten van dialyse in een ziekenhuis, dialysecentrum of bij u thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van u en van personen die bij het uitvoeren van de dialyse,

elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Daarnaast vergoeden wij bij thuisdialyse:

- de kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatigige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen) en van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voorwaarde

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

Art. 14 In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen en invriezen van sperma

14.1 IVF

Wij vergoeden de kosten van de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren doorgaande zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Een poging omvat maximaal het opeenvolgende doorlopen van de volgende vier fasen:

- a. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- b. de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
- c. bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
- d. de terugplaatsing van een of twee ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Een poging gaat pas als een poging tellen indien er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die zijn afgebroken voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap tellen mee voor het aantal pogingen. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan.

Voorwaarden

- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt IVF tot en met 40 jaar vergoed. Na de 40 jarige leeftijd komt IVF voor vergoeding in aanmerking, mits de effectiviteit van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld.
- Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van ten minste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie.
- Bij een zwangerschap na een IVF-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van ten minste tien weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF heeft plaatsgevonden doormiddel van het terugplaatsen van ingevroren embryo's, een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen vanaf de implantatie.
- Het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) is van toepassing. Wij vergoeden de kosten maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen.

14.2 Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Wij vergoeden de kosten van overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Bij de vrouwelijke verzekerde worden vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen tot en met 40 jaar vergoed. Na de 40 leeftijd komen deze behandelingen voor vergoeding in aanmerking, mits de effectiviteit van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld

- en is vastgesteld.
- Wij vergoeden de kosten alleen van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.

14.3 Invriezen van sperma

Wij vergoeden de kosten van het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma als onderdeel van medisch specialistische behandelingen als deze behandelingen onbedoeld infertiliteit tot gevolg kunnen hebben.

Voorwaarde

De zorg is onderdeel van een medisch specialistisch oncologisch zorgtraject (of niet oncologische vergelijkbare behandeling) dat het volgende omvat:

- een grote operatie aan/om de geslachtsdelen;
- een chemotherapeutische behandeling en/of een radiotherapeutische behandeling waarbij de geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

Art. 15 Oncologieonderzoek bij kinderen

Wij vergoeden de kosten van de door Skion (Stichting Kinderoncologie Nederland) uitgevoerde centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Art. 16 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos.

Voorwaarden

- Een soortgelijke behandeling heeft in Nederland zonder succes plaatsgehad en wij achten de behandeling in Davos doelmatig.
- U moet zijn doorverwezen door een longarts of kinderarts.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Art. 17 Mechanische beademing

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg in een beademingscentrum. Als de beademing vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis plaatsvindt bestaat de zorg uit:

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

Art. 18 Trombosedienst

Wij vergoeden de kosten van zorg door de trombosedienst.

De zorg omvat:

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Art. 19 Audiologisch centrum

Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

De zorg omvat:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg wanneer noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts, keel-, neus- en oortarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.

Art. 20 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek en -advisering in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

De zorg omvat:

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

Wanneer noodzakelijk voor het advies aan u zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.

Art. 21 Huisartsenzorg

Wij vergoeden de kosten van geneeskundige zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

De vergoeding omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

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

Art. 22 Ketenzorg

Wij vergoeden de kosten van ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 en COPD als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt. Ketenzorg is een zorgprogramma voor een specifieke chronische aandoening zoals COPD of diabetes mellitus type 2 waar meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines aan deelnemen.

Als u geen gebruik maakt van ketenzorg via een door ons gecontracteerde zorggroep, heeft u alleen recht op vergoeding van zorg voor diabetes mellitus type 2 en COPD zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden. De zorg wordt dan vergoed conform de artikelen 4, 5 en 21 van deze polis. U heeft tevens recht op voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandeluren per kalenderjaar.

De door ons gecontracteerde zorggroepen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Art. 23 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Voor een omschrijving van deze (deel)prestaties verwijzen wij u naar het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Wij vergoeden de kosten voor terhandstelling, advies en begeleiding van:

- alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten.
- de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door ons en zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationale farmacotherapie

betreft. Dit zijn geneesmiddelen die:

- door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
- volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet of
- volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

De door ons gecontracteerde apotheekhoudenden met een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. De door Achmea vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten kunt u vinden op onze website. Evenals het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg en de door Achmea aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U kunt de maximale vergoedingen, het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg en de lijst met geregistreerde middelen ook bij ons opvragen.

Voorwaarden geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen of dieetpreparaten moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- De geneesmiddelen moet geleverd worden door een apotheekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen heeft u uitsluitend recht op vergoeding van een niet door Achmea aangewezen geneesmiddel als er sprake is van medische noodzaak. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door Achmea aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver dient dit op het recept aan te geven.
- Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen, wanneer is voldaan aan de voorwaarden die wij stellen in bijlage 1 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Voorwaarden van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties geldt dat wij aanvullende eisen stellen ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en/of de randvoorwaarden waaronder de farmaceutische zorg gedeclareerd mag worden. In dat geval vergoeden wij deze (deel)prestaties uitsluitend indien aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg kunt u vinden voor welke (deel)prestaties deze bepaling geldt.

Uitsluitingen

De volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische noodzaak bestaat, zoals beschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg in de bijlage 1 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' onder nummer 64 Anticonceptiva;
- geneesmiddelen en/of advies ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorgmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn);
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genes)middelen.

Het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Art. 24 Fysiotherapie en oefentherapie

Let op! Met chronische aandoeningen bedoelen wij de aandoeningen die op de zogenaamde 'Chronische lijst' (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) staan vermeld. De overheid heeft deze 'Chronische lijst' opgesteld. De naam van deze lijst doet denken dat alle aandoeningen die chronisch zijn hierop staan, dit is echter niet het geval! Daarnaast staan ook niet-chronische aandoeningen op deze lijst. Wilt u weten of uw aandoening op deze lijst voorkomt dan kunt u dit aan uw fysiotherapeut vragen. De lijst kunt u tevens vinden in de brochure 'Paramedisch Zorg', welke u kunt downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. U kunt bij vragen ook contact met ons opnemen.

24.1 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden per aandoening de kosten van de 21e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de brochure 'Paramedisch Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij tevens de kosten van de eerste 20 behandelingen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Op de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Deze verwijzing is nodig om recht te hebben op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

24.2 Niet-chronische aandoeningen

Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij per aandoening de kosten van 9 behandelingen per kalenderjaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Als u na deze 9 behandelingen nog steeds last heeft van de aandoening vergoeden wij, als dit medisch gezien noodzakelijk is, maximaal 9 extra behandelingen; het totaal komt dan op maximaal 18 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Op de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTF of DTO kan nooit aan huis plaatsvinden.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

24.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie

Wij vergoeden de kosten van de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut bij urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar of ouder.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Op de vergoeding bekkenfysiotherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Deze verwijzing is nodig om recht te hebben op vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie vanuit de basisverzekering.

Art. 25 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten van 10 uur advisering, instructie, training of behandeling per kalenderjaar door een ergotherapeut met als doel uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Op de vergoeding ergotherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde ergotherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze ergotherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTE (Directe Toegang Ergotherapie) kan nooit aan huis plaatsvinden.

Art. 26 Logopedie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Op de vergoeding logopedie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of tandarts). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van logopedie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde logopedisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze logopedisten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTL (Directe Toegang Logopedie) kan nooit aan huis plaatsvinden.

Uitsluiting

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

Art. 27 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus

Wij vergoeden aan verzekerden met diabetes de kosten van voetonderzoek, en behandeling bij een matig verhoogd of hoog risico op ulcera, door een podotherapeut of pedicure.

Voorwaarden

- De pedicure moet, met de kwalificatie Diabetische Voet (DV), geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
- U moet bij behandeling in verband met diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger) eenmalig een medische indicatie van de huisarts, een medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen;
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden.

Uitsluitingen

- Voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure aan verzekerden met diabetes mellitus type

2 die aanspraak hebben op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 waar de voetbehandeling in is opgenomen (artikel 22).

- Wij vergoeden niet de kosten van hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Vergoeding is eventueel mogelijk onder de dekking van artikel 28, Hulpmiddelen.

Art. 28 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een wettelijke eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen;

overeenkomstig het Achmea Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan.

Het Achmea Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Conform het Achmea Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan omvat de vergoeding, in afwijking van bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Voorwaarde

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een leverancier. In artikel 3 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing op hulpmiddelen die deel uitmaken van medisch specialistische zorg. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 1 tot en met 5.

Art. 29 Prenatale screening

Voor alle hierna genoemde onderdelen van prenatale screening geldt dat de zorgverlener die het uitvoert in het bezit moet zijn van een WBO-vergunning of een samenwerkingsverband moet hebben met een regionaal centrum met een WBO-vergunning, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

29.1 Counseling

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van counseling waarbij wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.

29.2 Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel de 20 weken echo genoemd.

29.3 Combinatietest

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. De vergoeding geldt voor vrouwelijke verzekerden:

- van 36 jaar of ouder;
- jonger dan 36 jaar die zijn doorverwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Art. 30 Bevalling en verloskundige zorg

30.1 Met medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van: verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Voor de verloskundige zorg door een verloskundige in een ziekenhuis geldt dat dit onder verantwoordelijkheid gebeurt van een medisch specialist;

- het gebruik van de verloskamer, wanneer de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinische of klinisch).

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

30.2 Zonder medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van: het gebruik van de verloskamer, wanneer er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum bestaat. Voor het gebruik van de

- verloskamer geldt een wettelijke eigen bijdrage;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Art. 31 Kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van kraamzorg:

- thuis of in een geboorte- of kraamcentrum. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,- per uur.
- De omvang van de kraamzorg hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door het geboorte- of kraamcentrum in goed overleg met u, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Een toelichting op dit protocol kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- in het ziekenhuis. Als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevalt, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 16,- per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 112,50 per dag te boven gaat. U krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Informatie over onze kraamzorgservice vindt u in de brochure 'Bevalling en Kraamzorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Art. 32 Verpleging (extramuraal) buiten het ziekenhuis

In plaats van de in artikel 1, 2, 11, 12 en 13 bedoelde verpleging in een intramurale instelling, heeft u ook in de thuis-situatie recht op vergoeding van de verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen, die in opdracht van een medisch specialist worden uitgevoerd, en activiteiten waarover de specialist de directe regie voert en/of noodzakelijke instructie en voorlichting die direct verband houdt met de medisch specialistische behandeling.

Voorwaarde

U moet nog onder behandeling staan van de medisch specialist.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve zorg.

Art. 33 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze basisverzekering komt;
- naar een instelling waar u ten laste van de AWBZ zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ onderzoek of een behandeling moet ondergaan;
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning wanneer u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt krijgen.

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,30 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
- nierdialyse ondergaan;
- oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
- visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
- rolstoelafhankelijk zijn.
- vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 93,- per persoon per kalenderjaar.

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een

hardheidsclausule. U dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer, waarbij het niet verstrekken van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer alleen als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Voor zittend ziekenvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak heeft. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900 – 230 23 40. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure 'Vervoer' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw basisverzekering vergoeden of vanuit de AWBZ wordt vergoed.
- Wanneer zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi, eigen auto of ambulance niet mogelijk is, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander middel van vervoer.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door twee begeleiders mogelijk. In dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Mondzorg artikelen 34 t/m 40

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist(en) en orthodontisten die plegen te bieden zoals beschreven in artikelen 34 t/m 40. Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

De vergoeding voor mondzorg is vastgelegd in prestaties. Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Art. 34 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Wij vergoeden de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen en wij u vooraf toestemming hebben gegeven;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- gnathologische hulp;
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, wanneer het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist(e) of tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling.

Art. 35 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - algemeen

Wij vergoeden de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie. Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor alle osteotomie (kaakoperaties) behandelingen en implantaten die dienen ter ondersteuning van een volledige uitneembare prothese. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.

Art. 36 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en plaatsing van:
- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;
- een uitneembare volledige immediaatprothese;
- een uitneembare volledige vervangingsprothese;
- een uitneembare volledige overkappingsprothese.

Wij vergoeden 75% van het door ons vastgestelde maximale bedrag als u de prothese laat leveren en declareren door een tandarts of tandprotheticus.

Wij vergoeden 100% van het door ons vastgestelde maximale bedrag voor het repareren en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese geleverd door een tandarts of tandprotheticus.

U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wanneer de prothese binnen 5 jaar wordt vervangen moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Gecombineerde boven- en onderprothese
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een gecombineerde boven- en onderprothese bij vervaardiging en plaatsing door een tandarts hoger zijn dan € 1.200,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- Volledige boven- of een volledige onderprothese
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een volledige boven- of een volledige onderprothese bij vervaardiging en plaatsing door een tandarts hoger zijn dan € 600,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.

Art. 37 Implantaten**37.1 Implantaten**

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
 - Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.
- 37.2 Uitneembare volledige prothese op implantaten**
Wij vergoeden de kosten van een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening

zich niet zou hebben voorgedaan. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid. De aanvraag moet zijn ingediend door een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- De implantaat gedragen prothese moet vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.

Art. 38 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap, die zonder zorg geen tandheelkundige functie kunnen behouden of verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie welke zij zouden hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking hebben aanspraak op behandeling door een tandarts, kaakchirurg of het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen vanuit de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Art. 39 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Wij vergoeden de kosten van een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- u volgens de gevalideerde angstschalen zoals omschreven in de richtlijnen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp betalen verzekerden vanaf achttien jaar een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien dit artikel niet van toepassing is.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Art. 40 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Wij vergoeden de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines vereisen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen
De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 18 die gelden voor het Keuze Zorg Plan zijn, met uitzondering van artikel 2.1 eerste zin, ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Art. 1 Begripsbepalingen

In de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op het Keuze Zorg Plan.

Budgethouder

Persoon aan wie ingevolge de AWBZ en/of de Wmo een persoonsgebonden budget (PGB) is toegekend en die verantwoording over de besteding van het PGB verschuldigd is.

Mantelzorger

Degene die onbetaald langdurig en/of intensief zorgt voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buiten af en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgregelaar

Degene die complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, AWBZ en de Wmo beantwoordt, die zoekwerk verricht en adviseert op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën en die (indien noodzakelijk) de daarmee gepaard gaande regeltaken van verzekerde en of mantelzorger kan overnemen voor zover deze zorg niet wordt gedekt door de wettelijke zorgafspraken.

Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000647.

Art. 2 Aanmelding en inschrijving

- 2.1 Iedereen, die recht heeft op het Keuze Zorg Plan, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. Een aanvullende verzekering kan nooit, met uitzondering van artikel 3.1.1, met terugwerkende kracht worden aangegaan. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (alleen mogelijk indien de aanvraag gelijktijdig geschiedt met de aanvraag voor het Keuze Zorg Plan).
- 2.2 Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
 - a. u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
 - b. u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 18 van het Keuze Zorg Plan;
 - c. uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
 - d. u op het moment van aanmelding al zorg behoeft, dan wel er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen van de aanvullende verzekering.
- 2.3 Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de aanvullende verzekering van (één van) de bij ons verzekerde ouders.

Art. 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

- 3.1 Ingangsdatum en duur van uw aanvullende verzekering
 - 3.1.1 U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende Keuze Zorg Plan, tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar, uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt, met terugwerkende kracht, plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.
 - 3.1.2 U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende aanvullende verzekering, tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar, wijzigen. De wijziging vindt, met terugwerkende kracht, plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord

- zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.
- 3.2 Einde van uw aanvullende verzekering
 - 3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende verzekering beëindigen:
 - door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
 - 3.2.2 Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n), die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd:
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen de door ons in de tweede schriftelijke aanmaning gestelde betalingstermijn nog niet zijn betaald.
 - met onmiddellijke ingang:
 - wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;
 - wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - bij aangetoonde fraude, zoals omschreven in artikel 18 van het Keuze Zorg Plan.

Art. 4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn alleen van toepassing op het Keuze Zorg Plan en niet op de aanvullende verzekering.

Art. 5 Premie

- 5.1 Hoogte van de premie
 - 5.1.1 De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Wanneer de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de overschrijding plaatsvindt.
 - 5.1.2 Als één van de ouders bij ons een basisverzekering en het Keuze Zorg Plan heeft afgesloten, dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar geen premie verschuldigd voor het Keuze Zorg Plan.
- 5.2 Niet-tijdige betaling
In aanvulling op artikel 9.3 en 9.4 van het Keuze Zorg Plan geldt dat de aanvullende verzekeringen beëindigd worden, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De vergoedingen vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wanneer de premieachterstand is voldaan, is het mogelijk dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw af te sluiten. Hieraan kan een medische beoordeling voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

Art. 6 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 6.1 Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.
- 6.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- 6.3 Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- 6.4 U mag de wijziging niet weigeren wanneer:
 - de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
 - uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens.

Art. 7 Vergoedingen

- 7.1 U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- 7.2 Aanspraken bij verblijf in het buitenland
De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.
In het kader van deze bepaling is artikel 19 die geldt voor het Keuze Zorg Plan van overeenkomstige toepassing. Wanneer in deze voorwaarden wordt gesproken over een 100% vergoeding dan betekent dit in het kader van dit artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.
Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Dit artikel is tevens niet van toepassing op artikel 24 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering Start, Extra, Royaal en Excellent. Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.
- 7.3 Samenloop
- 7.3.1 U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen.
Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:
- kosten die met het eigen risico van het Keuze Zorg Plan zijn verrekend, tenzij het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoed wordt vanuit de collectieve aanvullende verzekering;
 - wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.
- 7.3.2 Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.
- 7.4 De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 7.5 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
- het Keuze Zorg Plan;
 - Service bij het Keuze Zorg Plan;
 - de aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
 - de aanvullende verzekeringen (Start, Extra, Royaal en Excellent);
 - de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering.

Art. 8 Geldend maken van zorgaanspraken

Artikel 13.2 van het Keuze Zorg Plan is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Art. 9 Materiële controle en fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor het Keuze Zorg Plan is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Aanvullende verzekeringen Start, Extra, Royaal en Excellent

Voorwaarden en vergoedingen aanvullende verzekeringen. Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u bij ons heeft afgesloten.

Wij vergoeden de kosten van:

Art. 1 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, vergoeden wij bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,30 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (tweede klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen, zodat wij kunnen controleren of het bezoek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Indien wij daarom verzoeken, dient u dit bezoek aan te tonen. Dit kan bijvoorbeeld door middel van parkeerbonnen of een door verzekerde op te stellen en door het te bezoeken ziekenhuis of de revalidatie-inrichting gewaarmerkte presentielijst.
- Bij pakket Start en Extra geldt dat de enkele reisafstand tussen het ziekenhuis en uw huis meer dan 50 kilometer moet bedragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Start	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
Extra	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
Royal	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
Excellent	100%

Art. 2 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Wij vergoeden de kosten van overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis, wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat.

Start	maximaal € 35,- per dag
Extra	maximaal € 35,- per dag
Royal	maximaal € 35,- per dag
Excellent	maximaal € 35,- per dag

Art. 3 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie

3.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie) correctie bovenoogleden

Wij vergoeden de kosten van plastische chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer er sprake is aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Bij pakket Start en Extra geldt dat u de door ons geselecteerde zorgverleners, die door ons vergoed worden, kunt vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Start	100% bij door ons geselecteerde zorgverleners
Extra	100% bij door ons geselecteerde zorgverleners
Royal	100% bij alle zorgverleners
Excellent	100% bij alle zorgverleners

3.1.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie) overige behandelingen

In aanvulling op artikel 3.1 vergoeden wij de behandeling door een medisch specialist.

Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van een medische noodzaak.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten voor behandelingen met botox, fillers, (autologe) lipofilling, peeling, laser- of refractiechirurgie.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royal	geen dekking
Excellent	100% bij alle zorgverleners

3.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarde

De ingreep betreft een behandeling door een medisch specialist.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten voor behandelingen met botox, fillers, (autologe) lipofilling, peeling, laser- of refractiechirurgie.

Start	100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar bij door ons geselecteerde zorgverleners, overige behandelingen geen dekking
Extra	100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar bij door ons geselecteerde zorgverleners, overige behandelingen geen dekking
Royal	100% voor de correctie van de oorstand bij alle zorgverleners, overige behandelingen geen dekking
Excellent	100% voor de correctie van de oorstand bij alle zorgverleners, overige behandelingen maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 4 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

Voorwaarde

De oogarts die de ooglaserbehandeling uitvoert moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NOG.

In het register van de NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 500,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royal	maximaal € 500,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 750,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Kortingsregeling bij Visionclinics

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Visionclinics gebruik maken van een kortingsregeling.

Informatie over de kortingsregeling kunt u vinden op onze website of bij ons of bij Visionclinics opvragen.

Art. 5 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie, als de behandeling plaatsvindt in:

- de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

Start	geen dekking
Extra	100%
Royal	100%
Excellent	100%

Art. 6 Circumcisie

Wij vergoeden de kosten van circumcisie (besnijdenis) van de man op religieuze gronden.

Voorwaarde

De behandeling moet plaatsvinden bij een huisarts of een zorgverlener in een zelfstandig behandelcentrum of een besnijdeniskliniek door ons geselecteerde zorgverleners, die door ons vergoed worden, kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 250,-
Royal	maximaal € 250,-
Excellent	maximaal € 250,-

Art. 7 Eerstelijnspsychologische zorg

- 7.1 Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg
Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg vanuit het Keuze Zorg Plan.

Start	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar
Extra	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

- 7.2 Aanvullende eerstelijnspsychologische zorg
Wij vergoeden, als aanvulling op de vergoeding op grond van het Keuze Zorg Plan, de kosten van extra zittingen eerstelijnspsychologische zorg.

Start	2 zittingen per verzekerde per kalenderjaar
Extra	4 zittingen per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	6 zittingen per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	6 zittingen per verzekerde per kalenderjaar

Art. 8 Behandeling van psoriasis

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een psoriasis dagbehandelingcentrum.

Voorwaarden

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasis dagbehandelingcentrum overleggen.
- Het psoriasis dagbehandelingcentrum moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Start	maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar
Extra	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 9 Orthopedische geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van consulten van een orthopedisch geneeskundige. De consulten bestaan uit de diagnostiek en de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat waarbij geen gebruik wordt gemaakt van operaties.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts.
- De orthopedisch geneeskundige moet zijn aangesloten bij de Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Start	maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
Extra	maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 10 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten (artsen en niet-artsen) en homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze criteria maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheekhoudende.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is;

- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.

Start	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100% consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag Maximaal € 440,- per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen
Extra	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100% consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag Maximaal € 640,- per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen
Royaal	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100% consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 60,- per dag consulten van alternatieve niet-artsen maximaal € 40,- per dag. Maximaal 16 consulten per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen door artsen en niet-artsen samen
Excellent	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100% consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 60,- per dag consulten van alternatieve niet-artsen maximaal € 40,- per dag. Maximaal 20 consulten per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen door artsen en niet-artsen samen

Art. 11 Farmaceutische Zorg

- 11.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van het Keuze Zorg Plan.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdragen als gevolg van de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel-)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	100%
Excellent	100%

- 11.2 Melatonine

Wij vergoeden bij slaapproblemen ten gevolge van DSPS, ADHD en PDD-NOS de kosten van het geneesmiddel melatonine.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Bij klachten ten gevolge van DSPS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een arts die verbonden is aan een slaapcentrum in Nederland.
- Bij klachten ten gevolge van ADHD en PDD-NOS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een (kinder) psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog.
- De melatonine moet geleverd worden door een apotheekhoudende.

Start	geen dekking
Extra	100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar bij levering via een andere apotheekhoudende
Royaal	100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar bij levering via een andere apotheekhoudende
Excellent	100%

- 11.3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder
Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's).

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn opgenomen in het GVS.
- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptivamiddel moet worden geleverd door een apotheekhoudende.

Start	100%, geen vergoeding wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)
Extra	100%, geen vergoeding wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)
Royaal	100%
Excellent	100%

Art. 12 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut.

Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van het Keuze Zorg Plan recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Op de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure "Paramedische Zorg".

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons geselecteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe toegang fysiotherapie/oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. De door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hierover hebben gemaakt kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van individuele behandeling, wanneer u in aanmerking komt voor beweegprogramma's zoals omschreven in artikel 13.

Start	tot 18 jaar: onbeperkt aantal behandelingen bij behandeling door een door ons geselecteerde zorgverlener. Maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons geselecteerde zorgverlener vanaf 18 jaar: maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
Extra	tot 18 jaar: onbeperkt aantal behandelingen bij behandeling door een door ons geselecteerde zorgverlener. Maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons geselecteerde zorgverlener vanaf 18 jaar: maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	tot 18 jaar: onbeperkt aantal behandelingen bij behandeling door een door ons geselecteerde zorgverlener. Maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons geselecteerde zorgverlener vanaf 18 jaar: maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	onbeperkt aantal behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

Art. 13 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut. De vergoeding geldt voor verzekerden met obesitas (BMI >30), revaliderende verzekerden met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD in de stadia Gold

1 en 2 met een longwaarde van FEV1/VC > 60%.

Voorwaarde

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

Start	maximaal € 175,- per verzekerde per kalenderjaar
Extra	maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 14 Bewegingen in extra verwarmd water

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad.

Voorwaarden

- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat oefentherapie in extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.
- De oefentherapie moet in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	100%

Art. 15 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdörfermethode van het Instituut "Natuurlijk Spreken" te Deurningen;
- volgens de BOMA-methode in het instituut "De Pauw" te Harlingen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of tandarts.

Start	maximaal € 225,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra	maximaal € 450,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal € 1.000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 1.250,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 16 Hulpmiddelen

16.1 Hoortoestellen

16.1.1 Eigen bijdrage hoortoestellen

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een hoortoestel tot maximaal € 800,- inclusief de vergoeding vanuit het Keuze Zorg Plan.

Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	maximaal € 250,- per verzekerde per jaar
Excellent	100%

16.1.2 Hoortoestel met afstandsbediening

Wij vergoeden de eigen betaling van een hoortoestel met afstandsbediening.

Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).
- De afstandsbediening moet op medische indicatie zijn verstrekt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 185,- per apparaat
Royaal	maximaal € 185,- per apparaat
Excellent	maximaal € 230,- per apparaat

16.2 Pruik

16.2.1 Eigen bijdrage pruiken (Start, Extra en Royaal)

Ter aanvulling op de wettelijke maximale vergoeding van een pruik uit het Keuze Zorg Plan heeft u recht op een extra vergoeding.

	Voorwaarde U moet recht hebben op vergoeding vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).		
	Start geen dekking Extra maximaal € 75,50 per verzekerde per kalenderjaar Royaal maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar		Start maximaal € 35,- per kalenderjaar Extra maximaal € 35,- per kalenderjaar Royaal maximaal € 35,- per kalenderjaar Excellent maximaal € 35,- per kalenderjaar
16.2.2	Eigen bijdrage pruiken (Excellent) Vergoeding wordt verleend voor de kosten van een pruik tot maximaal € 493,- dit is inclusief de vergoeding vanuit het Keuze Zorg Plan. Extra vergoeding is mogelijk indien verzekerde in verband met een aantoonbare allergische aandoening van de hoofdhuid hier niet mee kan volstaan. In dat geval stelt verzekerde voorafgaand aan de aanschaf van de pruik Avéro Achmea in het bezit van een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de voorschrijvend arts. Avéro Achmea bepaalt of, en zo ja, in hoeverre het meerdere voor vergoeding in aanmerking komt. Avéro Achmea zal het meerdere vergoeden indien zij vaststelt dat een pruik van maximaal € 493,- niet volstaat.		16.6 Personenalarmering op sociale indicatie 16.6.1 Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance Wij vergoeden de kosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance.
	Voorwaarden - U moet recht hebben op vergoeding vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen). - Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.		Voorwaarde Wij vergoeden de kosten op grond van een sociale indicatie volgens het protocol van Eurocross Assistance.
	Excellent € 100,- per verzekerde per kalenderjaar, extra vergoeding is mogelijk bij een aantoonbare allergische aandoening		Start geen dekking Extra geen dekking Royaal geen dekking Excellent 100%
16.3	Hoofdbedekking Wij vergoeden de kosten van hoofdbedekking bij (tijdelijk) haarverlies bij chemotherapie. Voorwaarde U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat u haarverlies heeft in verband met chemotherapie. Uitsluiting Wij vergoeden niet de kosten van de aanschaf van een pruik op grond van dit artikel.		16.6.2 Alarmeringssysteem via andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance.
	Start geen dekking Extra maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar Royaal maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar Excellent maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar		Voorwaarden - Wij vergoeden de kosten op grond van een sociale indicatie volgens het protocol van de Eurocross Assistance. - Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. U kunt hiervoor contact opnemen met de Hulpmiddelenlijn, telefoonnummer 0900 - 200 80 10.
16.4	Eigen bijdrage overige hulpmiddelen Ter aanvulling op de wettelijke maximale vergoedingen, dan wel als vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen uit het (Avéro) Achmea Reglement Hulpmiddelen heeft u recht op een extra vergoeding. Voorwaarde U moet recht hebben op vergoeding vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen). Uitsluiting Wij vergoeden niet de kosten van de wettelijke besparingsbijdrage orthopedische schoenen en allergeenvrije schoenen.		16.7 Plakstrips mammaprothese Wij vergoeden de kosten van plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.
	Start geen dekking Extra maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar Royaal maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar Excellent 100%		Start geen dekking Extra geen dekking Royaal geen dekking Excellent maximaal € 35,- per kalenderjaar
16.5	Personenalarmering op medische indicatie		16.8 Plasweccker Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plasweccker. Tevens vergoeden wij het bijbehorend broekje.
16.5.1	Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance. Voorwaarde U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).		Start 100% Extra 100% Royaal 100% Excellent 100%
	Start 100% Extra 100% Royaal 100% Excellent 100%		16.9 Brillen en contactlenzen Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte of contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) per periode van 3 kalenderjaren (een periode omvat hele kalenderjaren en begint in het jaar van de eerste aanschaf). Voorwaarde De brillen en contactlenzen moeten zijn geleverd door een opticien of optiekbedrijf.
16.5.2	Alarmeringssysteem via andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance. Voorwaarden - U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 28 hulpmiddelen). - Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. U kunt hiervoor contact opnemen met de Hulpmiddelenlijn, telefoonnummer 0900 - 200 80 10.		Start maximaal € 100,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering Extra maximaal € 100,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering Royaal maximaal € 100,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering Excellent 100%
			Start maximaal € 100,- per verzekerde per periode van 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen Extra maximaal € 150,- per verzekerde per periode van 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen Royaal a. brillen of contactlenzen voor langdurig gebruik: eenmaal per periode van 3 kalenderjaren 1 bril of 1 paar contactlenzen tot maximaal € 200,- of b. contactlenzen voor kortdurend gebruik, zoals dag-, week-, maand-, halfjaar- en jaarlenzen, maximaal € 65,- per kalenderjaar Excellent a. brillen of contactlenzen voor langdurig gebruik: eenmaal per periode van 3 kalenderjaren 1 bril of 1 paar contactlenzen tot maximaal € 300,- of b. contactlenzen voor kortdurend gebruik, zoals dag-, week-, maand-, halfjaar- en jaarlenzen, maximaal € 75,- per kalenderjaar
			In aanvulling op pakket Excellent a. geldt: Indien om medische redenen (een wijziging van de gezichtssterkte met 1 dioptrie of meer) een vervangingsaanschaf van brillenglazen of contactlenzen nodig is, binnen een termijn van 3 kalenderjaren, vergoeden wij binnen deze ter-

mijn de vervangingsaanschaf conform de hiervoor vermelde vergoedingsregeling. De dioptrieverschil moeten blijken uit een verklaring van de opticiens.

Kortingsregeling bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish en Specsavers

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish en Specsavers gebruik maken van een kortingsregeling. Informatie over de kortingsregeling kunt u vinden op onze website of bij ons of bij de opticiens opvragen.

16.10 Steunpessarium

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium geleverd door een huisarts ter voorkoming of verlichting van een baarmoederverzakking.

Start geen dekking
Extra 100%
Royaal 100%
Excellent 100%

16.11 Trans-therapie

Wij vergoeden de kosten van huur van de apparatuur voor Trans-therapie voor de behandeling van incontinentie.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempfysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hulpmiddelenleverancier.

Start 100%
Extra 100%
Royaal 100%
Excellent 100%

16.12 Babysensormatje

Wij vergoeden het Babysensormatje van NannyCare.

Voorwaarde:

U kunt hiervoor direct contact opnemen met NannyCare.

Start 100%
Extra 100%
Royaal 100%
Excellent 100%

Art. 17 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van een GeboorteTENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling door een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts.

Voorwaarden

- De aanvraag van de apparatuur dient door uw verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij een door ons geselecteerde leverancier.
- De apparatuur moet worden geleverd door een door ons geselecteerde leverancier. De door ons geselecteerde leveranciers kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Start 100%
Extra 100%
Royaal 100%
Excellent 100%

Art. 18 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van het Keuze Zorg Plan in rekening gebrachte (wettelijke) eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

Start 100% van de (wettelijke) eigen bijdrage
Extra 100% van de (wettelijke) eigen bijdrage
Royaal 100% van de (wettelijke) eigen bijdrage
Excellent 100% van de (wettelijke) eigen bijdrage

Art. 19 Kraamzorg

19.1 Eigen bijdrage partusassistentie

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van het Keuze Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor partusassistentie (uren die de kraamverzorgende aanwezig is tijdens de bevalling).

Start 100% van de wettelijke eigen bijdrage
Extra 100% van de wettelijke eigen bijdrage
Royaal 100% van de wettelijke eigen bijdrage

Excellent 100% van de wettelijke eigen bijdrage
19.2 Eigen bijdrage kraamzorg
Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van het Keuze Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage kraamzorg (thuis of in een geboortecentrum) per uur.

Start maximaal 24 uur van de wettelijke eigen bijdrage
Extra maximaal 24 uur van de wettelijke eigen bijdrage
Royaal 100% van de wettelijke eigen bijdrage over alle uren kraamzorg

Excellent 100% van de wettelijke eigen bijdrage over alle uren kraamzorg

19.3 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum.

Voorwaarde

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Start geen dekking
Extra maximaal 15 uur, eigen betaling € 4,- per uur
Royaal maximaal 15 uur (geen eigen betaling)
Excellent maximaal 15 uur (geen eigen betaling)

Art. 20 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Start 100%
Extra 100%
Royaal 100%
Excellent 100%

Art. 21 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen de kosten van hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarde

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een kraamcentrum.

Start geen dekking
Extra 75% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal 75% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent 100% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 22 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering wettig zijn geadopteerd en bij ons zijn ingeschreven in het Keuze Zorg Plan, vergoeden wij de kosten van:

- adoptiekraamzorg door een kraamcentrum óf
- medische screening (preventief onderzoek) bij een adoptiekind afkomstig uit het buitenland.

Voorwaarden

- Bij kraamzorg moet het adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en niet al deel uitmaken van het desbetreffende gezin.
- De medische screening moet worden uitgevoerd door een kinderarts.
- De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces vormen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van medische screening van het adoptiekind, nadat de adoptie heeft plaatsgevonden.

Start adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
Extra adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Royaal	adoptiekraamzorg; maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie; maximaal € 300,- per adoptiekind
Excellent	adoptiekraamzorg; maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie; maximaal € 300,- per adoptiekind

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit het Keuze Zorg Plan zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Eurocross Assistance.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

Art. 23 Vervoer van zieken

23.1 Vervoerskosten

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer wanneer en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer vanuit het Keuze Zorg Plan.

Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- een ziekenhuis voor poliklinische behandeling of onderzoek op verzoek van een medisch specialist;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- een inrichting waarin u ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Wij vergoeden bij grensoverschrijdend vervoer vanuit Nederland naar België of Duitsland de hiervoor genoemde kosten van zittend ziekenvervoer indien de behandeling op maximaal 55 kilometer vanaf de grens plaatsvindt. Bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling is vergoeding volgens artikel 24.3 mogelijk.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en in welke vorm. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900 - 230 23 40. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit het Keuze Zorg Plan, de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.
- Voor pakket Extra geldt dat u zich moet laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen. De afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedraagt, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Start geen dekking

Extra eigen vervoer € 0,30 per km; taxivervoer: 100%. Na een eigen betaling van € 93,- per verzekerde per kalenderjaar wordt voor eigen vervoer en taxi-vervoer vergoeding verleend tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Deze eigen betaling is niet verschuldigd indien het maximum van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer op basis van Keuze Zorg Plan is bereikt

Royaal eigen vervoer € 0,30 per km; taxivervoer: 100%

Excellent eigen vervoer € 0,30 per km; taxivervoer: 100%

23.2 Eigen bijdrage Vervoerskosten

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij vergoeding van vervoer vanuit het Keuze Zorg Plan.

Start geen dekking

Extra geen dekking

Royaal 100%

Excellent 100%

Art. 24 Buitenland

24.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van het Keuze Zorg Plan recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis. De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

24.2 Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland
Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer, vervoer per eigen auto en openbaar vervoer.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkortung.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en in welke vorm. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900 - 230 23 40. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Start taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,30 per km

Extra taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,30 per km

Royaal taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,30 per km

Excellent taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,30 per km

24.3 Overnachting- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden, wanneer u vanuit Nederland voor zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 7.2 voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

Start overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

Extra overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

Royaal overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

Excellent overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

Art. 25 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar Nederland;
- vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden

- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- Eurocross Assistance moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Art. 26 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een reis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- rabiës (hondsdoelheid);
- Früh Sommer Meningo Encephalitis (tekenbeet);
- hepatitis A/B.

Voorwaarden

Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës komen alleen voor vergoeding in aanmerking als u gedurende langere tijd in een land verblijft, waar rabiës endemisch is en waar tevens adequate medische hulp slecht toegankelijk is. Daarnaast dient er aan minimaal één van onderstaande voorwaarden voldaan te zijn:

- u gaat een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden ondernemen;
- u trekt langer dan 3 maanden op met of overnacht bij lokale bevolking;
- u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
- u bent jonger dan 12 jaar.

Start	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale in Eindhoven en Voorburg; 100% geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%, of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij andere zorgverleners: maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar
Extra	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale in Eindhoven en Voorburg; 100% geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%, of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij andere zorgverleners: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale in Eindhoven en Voorburg; 100% geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%, of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij andere zorgverleners: maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	100%

Art. 27 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De door ons geselecteerde herstellingsoorden, die door ons vergoed worden, kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar
Excellent	maximaal 48 dagen per kalenderjaar

Art. 28 Therapeutische kampen**28.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen**

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump).

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar

28.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten
Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 29 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans.

Voorwaarde

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

Start	maximaal € 800,- per verzekerde per kalenderjaar
Extra	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 1.200,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 30 Therapie/podologie/podoposturale therapie/steunzolen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut of steunzolen. Tot de genoemde behandelingen worden naast de consulten ook de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen gerekend.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van een podoloog alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.
- De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.
- De steunzolen moeten zijn geleverd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of die voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoen-aanpassingen.
- Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger). Deze behandeling valt onder de aanspraak van het Keuze Zorg Plan (zie artikel 27).

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar (1 paar steunzolen)
Royaal	maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar (1 paar steunzolen)
Excellent	100%

Art. 31 Pedicurezorg**31.1** Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met reuma of diabetes.**Voorwaarden**

- De pedicure moet, met de kwalificatie 'Diabetische voet' (DV) en/of 'Reumatische voet' (RV) geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes of reuma.
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger). Deze behandeling valt onder de aanspraak van het Keuze Zorg Plan (zie artikel 22 en 27).

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 23,- per behandeling tot maximaal € 138,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	100%

- 31.2 Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met een herseninfarct (CVA).

Voorwaarden

- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met een herseninfarct (CVA).

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100%

Art. 32 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen;
- camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen;
- elektrische epilatie behandelingen door een schoonheidspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut bij vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.
- Bij pakket Excellent moet u voor elektrische of laserepilatie behandelingen vooraf toestemming van Avéro Achmea hebben gekregen.

Start	geen dekking
Extra	maximaal 300,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal 600,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 1.000,-

Art. 33 Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt of chronisch ziek zijn en die thuis mantelzorg ontvangen, de kosten van vervangende zorg bij afwezigheid van de mantelzorg.

Voorwaarden

- De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangende Nederland te Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag.
- De zorg moet 8 weken van tevoren worden aangevraagd.

Start	geen dekking
Extra	maximaal 21 dagen per verzekerden per kalenderjaar
Royaal	maximaal 21 dagen per verzekerden per kalenderjaar
Excellent	100%

Art. 34 Vakantiehotels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken

Wij geven aan verzekerden die gehandicapt of chronisch ziek zijn een tegemoetkoming in de kosten van een vaar- of hotelvakantie georganiseerd door het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem.

Voorwaarden

- De vakantiecoördinator van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem voert een intakegesprek met de chronische zieke of gehandicapte en bepaalt aan de hand van de ziekte of de handicap en eerdere deelname of u in aanmerking komt.
- Voor de vaarvakanties wordt gebruik gemaakt van het schip J. Henry Dunant van het Nederlandse Rode Kruis en het schip van de Zonnebloem.
- Voor de hotelvakanties wordt gebruik gemaakt van de hotels van het Nederlandse Rode Kruis (Jsselviert in Wezep en De Valkenberg en De Paardestal in Rheden).

Start	geen dekking
Extra	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem hotelvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis
Royaal	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem hotelvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis
Excellent	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem hotelvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis

Art. 35 Preventieve onderzoeken

- 35.1 Preventieve onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten;
- prostaatkanker.

Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven. Een dergelijke vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatkanker.

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

- 35.2 Periodiek algemeen onderzoek (preventieve onderzoeken) Royaal en Excellent

Wij vergoeden een periodiek algemeen onderzoek (check-up) door een huisarts of medisch specialist tot ten hoogste het tarief van een grote keuring door de huisarts (maximaal één keer per twee jaar).

Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	eenmaal per twee jaar
Excellent	eenmaal per twee jaar

Art. 36 Leefstijlinterventies

- 36.1 Dieetadvisering door een diëtist

Wij vergoeden de kosten van dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

<p>Uitsluiting Wij vergoeden voor een zelfde diagnose niet de kosten van en dieetadvisering en voedingsvoorlichting (artikel 36.2).</p> <p>Start geen dekking Extra geen dekking Royaal geen dekking Excellent maximaal € 240,- per verzekerde per kalenderjaar</p> <p>36.2 Voedingsvoorlichting door een gewichtconsulent of diëtist Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtconsulent of een diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.</p> <p>Voorwaarde De gewichtconsulent moet zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de kwaliteitseisen van de BGN.</p> <p>Uitsluitingen - Wij vergoeden niet de kosten van groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtconsulent. - Wij vergoeden voor een zelfde diagnose niet de kosten van én voedingsvoorlichting én dieetadvisering (artikel 36.1).</p> <p>Start geen dekking Extra geen dekking Royaal geen dekking Excellent maximaal € 120,- per verzekerde per kalenderjaar</p>	<p>36.3.1 (Preventieve) cursussen In aanvulling op artikel 36.2 vergoeden wij de kosten voor de volgende (preventieve) cursussen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cursus en/of training valpreventie georganiseerd door een thuiszorginstelling; - bewegingsprogramma's voor ouderen georganiseerd door een thuiszorginstelling, het Trainings Instituut voor Gezondheid Revalidatie en Arbeid (TIGRA) of Pim Mulier; - geheugentraining georganiseerd door een thuiszorginstelling. <p>Voorwaarde U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.</p> <p>Start geen dekking Extra geen dekking Royaal geen dekking Excellent 100%</p>
<p>36.3 (Preventieve) cursussen Wij vergoeden de kosten voor de volgende (preventieve) cursussen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hartproblemen, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling; - lymfoedeem, bewustwording- en/of zelfmanagement-cursus die ten doel heeft zelf een actieve bijdrage te leveren aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd. Een lijst met bevoegde docenten kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. - reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hun ziekte, georganiseerd door de reuma patiëntenbond of een thuiszorginstelling; - diabetes type 2 patiënten, basis of vervolg educatie-cursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling; - afvallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling, één van de schriftelijke- en online programma's georganiseerd door Happy Weight of het programma "Sportief afslanken" georganiseerd door een Achmea health Center; - stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, I Quit Smoking of een thuiszorginstelling en lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum SMOKE FREE en Lasercentra Noord – Oost Nederland; - de "Vrij van alcohol" training, georganiseerd door De Helderheid; - basis Reanimatorcursus via de Nederlandse Hartstichting; - EHBO, die opleidt tot het diploma 'Eerste Hulp' van het Oranje Kruis of certificaat 'Eerste Hulp' van het Rode Kruis, georganiseerd door: <ul style="list-style-type: none"> - de plaatselijke EHBO-vereniging - ledereen EHBO (internetcursus) ; - het Rode Kruis; - eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging of de internetcursus EHBO bij kinderen van ledereen EHBO; - slaaptherapie, georganiseerd door Somnio. Deze online slaapcursus biedt online professioneel advies en praktische oplossingen om beter te slapen. <p>Voorwaarde U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.</p> <p>Start 75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar Extra 75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar Royaal 75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar Excellent 100%</p>	<p>36.4 Overgangsconsulent Wij vergoeden de kosten van het consulttarief van een overgangsconsult.</p> <p>Voorwaarde De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC) of voldoen aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.</p> <p>Start geen dekking Extra 75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar Royaal 75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar Excellent 75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar</p> <p>36.5 Leefstijltrainingen Wij vergoeden de kosten van maximaal één basis leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Training & Coaching in Dalfsen voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hartpatiënten; - whiplashpatiënten; - mensen met stress en burnout gerelateerde klachten. <p>Voorwaarde U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.</p> <p>Start geen dekking Extra maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar Royaal maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar Excellent maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar</p>
<p>Art. 37 Sportmedisch onderzoek Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sportmedische Instelling.</p> <p>Voorwaarde De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).</p> <p>Uitsluiting Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek dat wordt uitgevoerd door een sportarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om toegelaten te worden tot een sportopleiding.</p> <p>Start sportmedisch onderzoek per verzekerde éénmaal per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot maximaal € 135,-</p> <p>Extra sportmedisch onderzoek per verzekerde éénmaal per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot maximaal € 135,-</p> <p>Royaal sportmedisch onderzoek per verzekerde éénmaal per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot maximaal € 135,-</p> <p>Excellent 100% éénmaal per 2 kalenderjaren</p> <hr/> <p>Art. 38 Sportarts Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult door een sportarts in een Sportmedische Instelling.</p> <p>Voorwaarde De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).</p> <p>Start maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar Extra maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar</p>	<p>Art. 37 Sportmedisch onderzoek Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sportmedische Instelling.</p> <p>Voorwaarde De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).</p> <p>Uitsluiting Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek dat wordt uitgevoerd door een sportarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om toegelaten te worden tot een sportopleiding.</p> <p>Start sportmedisch onderzoek per verzekerde éénmaal per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot maximaal € 135,-</p> <p>Extra sportmedisch onderzoek per verzekerde éénmaal per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot maximaal € 135,-</p> <p>Royaal sportmedisch onderzoek per verzekerde éénmaal per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot maximaal € 135,-</p> <p>Excellent 100% éénmaal per 2 kalenderjaren</p> <hr/> <p>Art. 38 Sportarts Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult door een sportarts in een Sportmedische Instelling.</p> <p>Voorwaarde De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).</p> <p>Start maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar Extra maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar</p>

Royaal	maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar

Art. 39 Obesitasbehandeling

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het deeltijd dag-behandelingprogramma voor obese patiënten in de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK). Het programma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet chirurgische, multidisciplinaire behandeling.

Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van obesitas graad 3. Daarvan is sprake als uw Body Mass Index (BMI) ≥ 40 bedraagt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- U moet het volledige programma voltooid hebben.

Start geen dekking

Extra maximaal € 750,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Royaal maximaal € 1000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Excellent maximaal € 1000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 40 Orthodontie

40.1 Orthodontie tot 18 jaar (Start en Extra)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Start 90% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 1.500,- per verzekerde tot de 18-jarige leeftijd voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Extra 90% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 2.000,- per verzekerde tot de 18-jarige leeftijd voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

40.2 Orthodontie tot 22 jaar (Royaal en Excellent)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Royaal 90% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 2.500,- per verzekerde tot de 22-jarige leeftijd voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Excellent 100% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie per verzekerde tot de 22-jarige leeftijd voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

40.3 Orthodontie vanaf 22 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden vanaf 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag

per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- U dient voorafgaand aan de behandeling het door de behandelend orthodontist opgestelde behandelplan tezamen met een schedelprofielfoto, orthopantomogram, digitale mondfoto's en/of foto's van gebitsmodellen en de "Index for Orthodontic Treatment Need" (IOTN) ter beoordeling bij ons in te dienen ter attentie van de tandheelkundig adviseur. Behandelingen waarvoor conform de scorerichtlijnen van de IOTN-score geen of een geringe behandelingsbehoefte (score 1of 2) bestaat komen niet voor vergoeding in aanmerking. De orthodontist kan U hierover informatie verstrekken.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Start geen dekking

Extra geen dekking

Royaal 70% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 1.000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Excellent 70% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 1.500,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 41 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

41.1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Start maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar

Extra maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar

41.2 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van tandheelkundige behandelingen.

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Royaal maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

Excellent maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

Art. 42 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 18 jaar

Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar door een tandarts, mits de behandeling het gevolg is van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering; de behandeling dient plaats te vinden binnen één jaar na het ongeval, tenzij uitstel van een (definitieve) behandeling als gevolg van het niet volgroeid zijn van het gebit noodzakelijk is. Of er wel/geen sprake is van een volgroeid gebit en/of tijdelijke behandeling is ter beoordeling aan onze adviserend tandarts.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag

per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingslijst' op onze website of bij ons opvragen.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	75% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 200,- per element, tot maximaal € 2.500,- per ongeval
Excellent	75% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 200,- per element, tot maximaal € 2.500,- per ongeval

Art. 43 Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)

Wanneer een ouder die bij ons verzekerd is wordt opgenomen in een ziekenhuis regelen wij voor u vanaf de derde dag van de ziekenhuisopname kinderopvang aan huis voor inwonende kinderen tot 12 jaar. De hoeveelheid kinderopvang is afhankelijk van de leeftijd van uw jongste kind.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- De kinderopvang moet worden geregeld en geleverd door een hiervoor door ons geselecteerde instelling voor kinderopvang. Als u gebruik wilt maken van kinderopvang, neemt u dan contact op met onze klantenservice.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Wij vergoeden niet de kosten bij uitbreiding van het aantal uren bij een kinderdagverblijf.

Start	maximaal 50 uur per week
Extra	maximaal 50 uur per week
Royaal	maximaal 50 uur per week
Excellent	maximaal 50 uur per week

Art. 44 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen bij verblijf in een hospice ten behoeve van een verzekerde wanneer:

- een medische indicatie voor verpleging door zowel de behandelend arts als onze medisch adviseur aanwezig wordt geacht;
- de verzekerde zich naar het oordeel van onze medisch adviseur in de laatste levensfase bevindt;
- de hospice participeert in het netwerk Palliatieve Zorg in de regio en geen deel uitmaakt van een gezondheidsinstelling zoals een verpleeghuis, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage die op grond van de AWBZ in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 3.600,-
Royaal	maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 3.600,-
Excellent	maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 4.500,-

Art. 45 Zorgregelaar

Wij vergoeden de kosten van de ondersteuning van de Zorgregelaar voor verzekerden met complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en daarmee gepaard gaande regeltaken op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën. Recht op vergoeding geldt zowel voor de verzekerde die voor zichzelf van de Zorgregelaar gebruik maakt als voor de verzekerde die mantelzorg is en de Zorgregelaar inzet ten behoeve van degene voor wie hij zorgt.

Voorwaarden

- De diensten Zorgregelaar vallen onder de dekking, voor zover deze niet al worden gedekt op grond van de Zorgverzekeringswet, de Wmo of de AWBZ.
- De diensten Zorgregelaar moeten worden onderscheiden van de dienstverlening die behoort tot de bestaande zorgplicht van de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor uit hoofde van de Zorgverzekeringswet en/of de AWBZ voor de verzekerde.

Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding dient u contact met ons op te nemen op telefoonnummer 0900 – 9590. In eerste instantie zullen wij uw zorgvragen telefonisch met u in kaart brengen en, indien mogelijk, direct beantwoorden. Wanneer wij vaststellen dat, in verband met de complexiteit van uw zorgvragen, de behoefte bestaat aan verdergaande ondersteuning zullen wij de Zorgregelaar voor u inschakelen. De aanspraak op de vergoeding van de Zorgregelaar vangt aan

vanaf het moment van inschakeling.

Het moment van inschakeling verschilt voor de verzekerde en de mantelzorg.

Voor de mantelzorg neemt de vergoeding direct bij inschakeling een aanvang. Voor de verzekerde neemt de vergoeding een aanvang daar waar de ondersteuning verder gaat dan de zorgplicht Zorgverzekeringswet en de AWBZ. De Zorgregelaar stelt in samenspraak met u het aantal benodigde uren ondersteuning vast.

Bij ondersteuning in het kader van een persoonsgebonden budget (PGB) AWBZ en/of Wmo worden de uren van de Zorgregelaar pas op grond van dit artikel vergoed indien en voor zover deze de maximale kosten die de budgethouder vanuit het PGB mag gebruiken voor bemiddeling te boven gaan. Verzekerde dient in dit kader contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor. De hoogte van het bedrag dat aan kosten van bemiddeling bij het tot stand brengen van een zorgovereenkomst en de organisatie van de zorgverlening mag worden besteed, kan per zorgkantoor verschillen.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	maximaal 6 uur ondersteuning per verzekerde per kalenderjaar

Art. 46 Griepvaccinatie

Wij vergoeden de kosten van een griepvaccinatie tot de leeftijd van 60 jaar.

Uitsluiting

Vaccinatie in het kader van het Nationaal programma griep-preventie (risicogroepen) valt onder de AWBZ.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	100%
Excellent	100%

Art. 47 Health Check

Wij vergoeden de de kosten van de health Check (preventieve gezondheidstest) bij een hiervoor door ons geselecteerde verpleegkundigen. De door ons geselecteerde verpleegkundigen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100% eenmaal per verzekerde per kalenderjaar

Art. 48 Patiëntenverenigingen

Wij vergoeden de kosten van het lidmaatschap.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	maximaal € 25,- per lidmaatschap per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	100%

Art. 49 Uitkering bij een Ongeval

Wij geven een uitkering, als blijkt een verklaring van een arts, ten gevolge van een ongeval dat heeft plaats gevonden tijdens de looptijd van deze verzekering, geheel of gedeeltelijk blijvend verlies of functieverlies van enig deel, vermogen of orgaan van het lichaam is veroorzaakt.

Uitsluiting

Wij verlenen geen uitkering voor blijvend verlies of functieverlies van gebitselementen.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	€ 250,- per ongeval
Excellent	€ 250,- per ongeval

**Aanvullende verzekeringen Tandartskosten
(T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent)**

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus.

Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties voor maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.

Een mondhygiëniste kan, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel mondhygiëne als parodontologische behandelingen declareren. Wanneer een mondhygiëniste parodontologische behandelingen declareert, dan krijgt u een vergoeding van maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie bij de T Start, T Extra of T Royaal, met inachtneming van de totale maximale vergoeding.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie wanneer u de T Start, T Extra of T Royaal heeft. Wanneer u de T Excellent heeft vergoeden wij maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. Behandeling van tandvleesaandoeningen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist.

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingslijst' op onze website of bij ons opvragen.

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende behandelingen:

- keuringsrapporten en niet nagekomen afspraken;
- uitwendig bleken van tanden en kiezen;
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor;
- Orthodontie;
- Abonnementen;
- Tandheelkundige verklaring.

T START

- consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- overige behandelingen: maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- totale vergoeding is maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXTRA

- consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- overige behandelingen: maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- totale vergoeding is maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar

T ROYAAL

- consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- overige behandelingen: maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- totale vergoeding is maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXCELLENT

- alle behandelingen tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- totale vergoeding is maximaal € 1.150,- per verzekerde per kalenderjaar

Het recht op vergoeding van de hieronder vermelde verzekerde aanspraken bestaat uitsluitend indien deze aanvullende verzekering op het polisblad is aangetekend.

1.1 Comfortvoorzieningen bij ziekenhuisverblijf

Wij vergoeden bij ziekenhuisverblijf op een verpleegafdeling van een verzekerde van 18 jaar en ouder de kosten van comfortvoorzieningen. De comfortvoorzieningen bestaan uit:

- opname in een 1- of 2-persoonskamer die medisch gezien niet noodzakelijk is en
- aanvullende comfortservices bij gecontracteerde ziekenhuizen (afhankelijk per ziekenhuis bijvoorbeeld TV aansluiting, internet, telefoon, krant of een koelkast gevuld met drankjes op de kamer).

Wij vergoeden niet de kosten van comfortvoorzieningen bij verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis.

De dekking bestaat uit drie vergoedingsmogelijkheden:

Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij afspraken hebben gemaakt

Met diverse ziekenhuizen in Nederland zijn afspraken gemaakt over extra comfortvoorzieningen. Wij vergoeden de hiervoor door het ziekenhuis in rekening gebrachte kosten. Indien de comfortvoorzieningen voor u niet beschikbaar zijn, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (daggeldvergoeding), tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

Een overzicht van de door ons geselecteerde ziekenhuizen voor comfortvoorzieningen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt

Wanneer u in een ziekenhuis in Nederland verblijft waar wij géén afspraken mee hebben gemaakt over comfortvoorzieningen heeft u recht op een daggeldvergoeding van maximaal € 150,- per dag ter compensatie van de extra kosten voor ligging in een 1- of 2-persoonskamer die door het ziekenhuis in rekening zijn gebracht. Indien de 1- of 2-persoonskamer voor u niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar. Er bestaat in beide gevallen geen recht op vergoeding van aanvullende comfortservices.

Comfortvoorzieningen in een buitenlands ziekenhuis

Wanneer u in een buitenlandse zorginstelling verblijft en u ondergaat daar een door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij de extra kosten in verband met een opname in een 1- of 2-persoonskamer. Wij vergoeden ook de kosten van een eventuele honorariumtoeslag. Indien de 1- of 2-persoonskamer voor u niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

Wanneer u in een buitenlandse zorginstelling verblijft en u ondergaat daar een niet door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij maximaal € 70,- per dag van de extra kosten die voor ligging in een 1- of 2-persoonskamer door het ziekenhuis in rekening zijn gebracht, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar. Een eventuele honorariumtoeslag komt niet voor vergoeding in aanmerking. Er bestaat geen recht op vergoeding van aanvullende comfortservices.

Indien er sprake is van daggeldvergoeding in zowel Nederland als in het buitenland geldt een maximale vergoeding van € 4.900,- per kalenderjaar voor opname in Nederland en het buitenland tezamen.

1.2 Herstellingsoord

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een door ons geselecteerde herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De door ons geselecteerde herstellingsoorden kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

De vergoeding bedraagt maximaal € 100,- per dag tot maximaal 28 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde: Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

1.3 Taxivervoer van en naar het ziekenhuis

Wij vergoeden op de eerste en laatste dag van een ziekenhuisverblijf in Nederland de kosten van taxivervoer. Indien iemand u bij dit vervoer begeleidt wordt ook zijn of haar heen- of terugreis vergoed. Per ziekenhuisverblijf vergoeden wij maximaal 4 taxiriten.

Service bij het Keuze Zorg Plan

Onderstaand worden de overige aanspraken en services vanuit de verzekeringsovereenkomst beschreven

Art. 1 Algemene contactinformatie

Voor de serviceverlening kunt u gebruik maken van onze klantenservice telefoonnummer 0900 - 9590 (lokaal tarief) of onze website www.averoachmea.nl/zorgverzekering.

Art. 2 Informatie/vragen over uw polisgegevens en het indienen van declaraties

Declareer uw zorgnota snel en gemakkelijk
Met uw zorgverzekering krijgt u de meeste medische kosten vergoed. Meestal betalen wij direct aan uw zorgverlener en hoeft u niets te doen.
Heeft u wel een rekening ontvangen, dan kunt u uw declaratie zelf bij ons indienen. Voor meer informatie kunt u gebruik maken van onze klantenservice telefoonnummer 0900 - 9590 (lokaal tarief) of onze website www.averoachmea.nl/declarerenzorg.

Art. 3 Informatie/vragen over vergoedingen

Op onze website www.averoachmea.nl/vergoedingen kunt u precies zien:

- hoeveel u vergoed krijgt;
- wanneer u wel en niet een vergoeding krijgt;
- of er kosten voor u zijn;
- wat u moet regelen;
- waar u terecht kan.

Ook vindt u hier informatie over de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners.
U kunt hiervoor natuurlijk ook gebruik maken van onze klantenservice telefoonnummer 0900 - 9590 (lokaal tarief).

Art. 4 Achmea health Centers

Bij de Achmea health Centers wordt voeding, bewegen en ontspanning in balans gebracht. In één van de bijna 40 health Centers kunt u sportief aan uw gezondheid werken. Daarvoor heeft u geen ervaring met fitness nodig.
De health Centers zijn er voor iedereen: jong en oud, fit en niet fit, ervaren en niet ervaren. De sfeer is ontspannen en gezellig. De medewerkers zijn professioneel opgeleid, vriendelijk en stellen u als sporter centraal.

U krijgt:

- 20% korting op het maandelijks sportabonnement;
- 50% korting op de eenmalige bijdrage voor het lidmaatschap.

Kijk op www.achmeahealthcenters.nl voor een locatie bij u in de buurt.

Art. 5 Eurocross Assistance (alarmcentrale)

Als u tijdens uw tijdelijk verblijf in het buitenland onverwachts ziek wordt en spoedeisende hulp nodig heeft, neem dan contact op met de alarmcentrale Eurocross Assistance. Bij een ziekenhuisopname is dit verplicht.

De hulpverleners van de alarmcentrale Eurocross Assistance staan dag en nacht klaar om te helpen als u een arts wilt bezoeken, opgenomen moet worden in een ziekenhuis of als u advies nodig heeft over een medisch probleem. U bereikt de helpdesk 24 uur per dag via +31 (0)71 364 18 50.

U kunt rekenen op de volgende service:

- 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaarheid voor advies en hulp;
- wereldwijde kennis van de lokale gezondheidszorg en kwaliteit van ziekenhuizen;
- regelmatig contact met uw behandelend arts in het buitenland door het medisch team van alarmcentrale Eurocross Assistance tijdens opname;
- begeleiding tot en met uw herstel in het buitenland;
- het organiseren van een medische repatriëring indien noodzakelijk (in geval u een basisverzekering met aanvullende dekking heeft).

Art. 6 Vakantiedokter

Stel, u bent met uw gezin op vakantie en één van uw kinderen heeft al 2 dagen last van buikpijn. Gaat u dan naar de plaatselijke arts? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er de Vakantiedokter.

Vanaf uw vakantieadres kunt u voor gratis advies bij niet-spoedeisende medische hulp bellen naar de Vakantiedokter op telefoonnummer +31 (0)71 364 18 02. U krijgt dan een Nederlandssprekende deskundige hulpverlener aan de lijn. De Vakantiedokter is bereikbaar op maandag t/m vrijdag van 08:00 tot 17:00 uur.

Art. 7 Zorgregelaar

Wij vergoeden de kosten van de ondersteuning van de Zorgregelaar voor verzekerden met complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en daarmee gepaard gaande regeltaken op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën. Recht op vergoeding geldt zowel voor de verzekerde die voor zichzelf van de Zorgregelaar gebruik maakt als voor de verzekerde die mantelzorg is en de Zorgregelaar inzet ten behoeve van degene voor wie hij zorgt.

Voorwaarden

- De diensten van de Zorgregelaar vallen onder de dekking, voor zover deze niet reeds worden gedekt op grond van de Zorgverzekeringswet, de Wmo of de AWBZ.
- De diensten van de Zorgregelaar moeten worden onderscheiden van de dienstverlening die behoort tot de bestaande zorgplicht van de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor uit hoofde van de Zorgverzekeringswet en/of de AWBZ voor de verzekerde.

Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding dient u contact met ons op te nemen op telefoonnummer 0900 – 9590. In eerste instantie zullen wij uw zorgvragen telefonisch met u in kaart brengen en, indien mogelijk, direct beantwoorden.

Wanneer wij vaststellen dat, in verband met de complexiteit van uw zorgvragen, de behoefte bestaat aan verdergaande ondersteuning zullen wij de Zorgregelaar voor u inschakelen. De aanspraak op de vergoeding van de Zorgregelaar vangt aan vanaf het moment van inschakeling.

Het moment van inschakeling verschilt voor de verzekerde en de mantelzorg.

Voor de mantelzorg gaat de vergoeding direct bij inschakeling in. Voor de verzekerde gaat de vergoeding in, op het moment dat de ondersteuning verder gaat dan de zorgplicht Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

De Zorgregelaar stelt in samenspraak met u het aantal benodigde uren ondersteuning vast.

Bij ondersteuning in het kader van een persoonsgebonden budget (PGB) AWBZ en/of Wmo worden de uren van de Zorgregelaar pas op grond van dit artikel vergoed indien en voor zover deze de maximale kosten die de budgethouder vanuit het PGB mag gebruiken voor bemiddeling te boven gaan. Verzekerde dient in dit kader contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor. De hoogte van het bedrag dat aan kosten van bemiddeling bij het tot stand brengen van een zorgovereenkomst en de organisatie van de zorgverlening mag worden besteed, kan per zorgkantoor verschillen.

U heeft recht op maximaal 6 uur ondersteuning per persoon per kalenderjaar.

Verhaalsbijstand en/of juridisch advies

Verhaalsbijstand en/of juridisch advies kan worden verleend bij:

1. het verhalen van door verzekerde geleden letselschade, als gevolg van een ongeval, op een wettelijk aansprakelijke derde of degene die daarvoor naar burgerlijk recht aansprakelijk is.
2. aanspraken op schadevergoedingen jegens aansprakelijke derden zowel op grond van een toerekenbare tekortkoming als op grond van een onrechtmatige daad als gevolg van een medisch handelen.

De verhaalsbijstand wordt verleend door een met Avéro Achmea samenwerkende organisatie en alleen voor gebeurtenissen in Nederland. De betreffende organisatie beoordeelt en bepaalt of, en zo ja in hoeverre, verhaalsbijstand aan verzekerde wordt verleend. De van toepassing zijnde regeling (waar geen rechten aan kunnen worden ontleend) maakt geen deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en wordt desgewenst toegestuurd door Avéro Achmea.

Zorgbemiddeling

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kunt u een beroep doen op Zorgbemiddeling.

Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op uw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt van de situatie af, maar in verreweg de meeste gevallen is Avéro Achmea er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.

Zorggarantie

Voor een groot aantal behandelingen geeft Avéro Achmea een Zorggarantie af. Dit betekent dat voor deze behandelingen wordt gegarandeerd dat binnen vijf werkdagen een eerste consult kan plaatsvinden. Daarnaast garandeert Avéro Achmea voor deze behandelingen dat binnen 10 werkdagen de behandeling kan plaatsvinden, mits de diagnose van de medisch specialist dit toelaat en er geen andere diagnostiek vereist is. Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij Avéro Achmea afdeling Zorgbemiddeling.

