

Voorwaarden en vergoedingen Keuze Zorg Plan
en aanvullende verzekering Beter Voor Nu Avéro Achmea 2013



**Voorwaarden
ingangsdatum
1 januari 2013**

Voor u ligt het boekje voorwaarden en vergoedingen Keuze Zorg Plan en de Beter voor Nu. 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 verzekering (Beter voor Nu)
- 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 6.1 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 6.2 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 KEUZE ZORG PLAN		AANVULLENDE VERZEKERING BETER VOOR NU	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Acnebehandeling			23	31
ADL hulpmiddelen			14.11	29
Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen			9	27
Anticonceptiva			10.3	28
Astma Centrum (Nederlands) in Davos (Zwitserland)	16	18		
Audiologisch centrum	19	18		
Bevalling (eigen bijdrage)	32	21		
Beweegprogramma's			12	28
Bewegen in extra verwarmd water			13	28
Brillen en contactlenzen			14.8	29
Buitenland	19	13	16, 17	30
Buitenland, vaccinaties en geneesmiddelen			18	30
Camouflagetherapie			23	31
Combinatietest (nekplooiemeting met bloedonderzoek)	31.3	21		
Counseling	31.1	21		
Dagbehandeling	1	14		
Dialyse	13	17		
Dieetadvisering	28	20	28.1	32
Dyslexiezorg	9	16		
Eerstelijnspsychologische zorg (eigen bijdrage)	10	16	6	27
Eicelvitrificatie	14.4	17		
Epilatie behandeling			23	31
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	20	18		
Ergotherapie	26	20		
Farmaceutische zorg (eigen bijdrage)	24	18	10.1	28
Fysiotherapie	25	19	11	28
Fysiotherapie, beweegprogramma's			12	28
Gasthuis, overnachting nabij een ziekenhuis (bij poliklinische behandeling)			2	27
Gasthuis, verblijf- en reiskosten gezinsleden bij opname verzekerde			1	27
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, niet-klinisch	11	16		
Griepvaccinatie			33	33
Herstel en Balans, nazorgtraining ex-kankerpatiënten			20	31
Herstellingsoorden			19	31
Health Check			34	33
Hoofdbedekking bij oncologie			14.3	29
Hoortoestel			14.1	29
Hospice			32	33
Huidverzorging			23	31
Huisartsenzorg	21	18		
Hulpmiddelen	30	21	14	29
IVF (In Vitro Fertilisatie)	14.1	17		
Kaakchirurgie	37	22		
Ketenzorg	22	18		
Kraamzorg	33	21		
Leefstijlinterventies			28	32
Leefstijltrainingen			28.5	33
Logopedie	27	20		
Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken			24	31
Mammaprint			27	32
Manuele lymfdrainage	25	19	11	28
Mechanische beademing	17	18		

VERGOEDING	BASISVERZEKERING KEUZE ZORG PLAN		AANVULLENDE VERZEKERING BETER VOOR NU	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Medisch specialistische zorg, extramuraal	5	15		
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	14		
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	4	14		
Melatonine			10.2	28
Nierdialyse	13	17		
Oefentherapie	25	19	11	28
Oncologieonderzoek bij kinderen	15	18		
Ooglaseren/Lensimplantatie			4	27
Orgaantransplantaties	7	15		
Orthodontie in bijzondere gevallen	42	24		
Orthopedische geneeskunde			8	27
Overgangsconsulent			28.4	32
Overige hulpmiddelen (eigen bijdrage)			14.4	29
Patiëntenverenigingen			35	33
Pedicurezorg			22	31
Personalarmering (op medische indicatie)			14.5	29
Personalarmering (op sociale indicatie)			14.6	29
Plakstrips mammaprothese			14.7	29
Plastische chirurgie	3	14	3	27
Podotherapie/podologie/podoposturale therapie/steunzolen			21	31
Prenatale screening	31	21		
Preventieve cursussen			28.3	32
Preventieve onderzoeken			26	32
Pruiken (eigen bijdrage)			14.2	29
Psoriasisdagbehandelingscentrum			7	27
Psychiatrische ziekenhuisopname	12	16		
Psychologische zorg (eigen bijdrage)	10	16	6	27
Psychotherapie	11	16		
Revalidatie	8	15		
Second opinion Aanvullende verzekeringen Tandartskosten	6	15		35
Sperma invriezen	14.3	17		
Sportarts			30	33
Sportmedisch onderzoek			29	33
Sterilisatie			5	27
Steunpessarium			14.9	29
Steunzolen			21	32
Stoppen-met-roken-programma	23	18		
Stottertherapie	27	20		
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	31.2	21		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	36	22		
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Aanvullende verzekeringen Tandartskosten	37	22		35
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) Aanvullende verzekeringen Tandartskosten	38	23		35
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 18 jaar			31	33
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	41	23		
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	40	23		
Tandheelkundige zorg, implantaten	39	23		
Trombosedienst	18	18		
Trans-therapie			14.10	29
Vakantiehotels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken			25	32

VERGOEDING	BASISVERZEKERING KEUZE ZORG PLAN		AANVULLENDE VERZEKERING BETER VOOR NU	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Verloskundige zorg (eigen bijdrage)	32	21		
Verpleging (extramuraal)	34	21		
Vervoer van zieken (eigen bijdrage)	35	22	15	30
Voedingsvoorlichting			28.2	32
Voetzorg voor verzekerden met diabetes Mellitus	29	21		
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	14.2	17		
Zelfstandig behandelcentrum	2	14		
Ziekenhuisverpleging	1	14		
Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering				35

AANVULLENDE VERZEKERINGEN TANDARTSKOSTEN	BLZ
T Start, T Extra, T Royaal en T Excellent	34
AANVULLENDE ZIEKENHUIS EXTRA VERZEKERING	35
Service bij het Keuze Zorg Plan	36

Keuze Zorg Plan

Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen

Ingangsdatum 1 januari 2013

Algemene voorwaarden Keuze Zorg Plan

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

Art. 1 Begripsbepalingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Apotheek

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

Apotheekhoudende

De apothekhoudend huisarts dan wel een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel een apotheker die zich in de apothek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

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.

Avéro Achmea

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

Avéro 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.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

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

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) zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declareerbare prestatie op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint 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, Tsjecho, 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 Keuze Zorg Plan.

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

Één volwassene, dan wel 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 lastenaftrek 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 opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

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.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van 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 discipline 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 die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

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

Eerstelijnspsycholoog, arts of verpleegkundige 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.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Dit specialisme bestaat pas sinds 1 januari 2009. Dit specialisme is een opvolging van de verpleeghuis-geneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialist ouderengeneeskunde genoemd.

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

Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) 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 Avéro 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 invoeren 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 (WVG). Als en voorzover, op basis van de WVG, geen maximum(tarief) is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- 2.4 De vergoeding van 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 opgaaf van redenen beëindigen. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie aan u (verzekeringnemer) terugstorten en u de eventueel ontvangen schadekosten terugbetaalt aan ons.
- 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 aan 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 vergunning 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 invoeren 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;
- b. 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;
- c. 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 privacyregelgeving;
- d. ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. de aan ons, binnen 30 dagen nadat u gedetineerd bent, de ingangsdatum en de duur van de detentie te melden;
- f. 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 verplicht ons 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 en dergelijke. 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 € 350,- 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 worden, wordt het verplicht eigen risico van € 350,- 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 2014 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:
 - 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 inrekening 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 multi-disciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

- 7.4 Vrijstelling verplicht eigen risico.
Vrijgesteld van het verplicht eigen risico zijn de kosten van het online programma 'Kleurjeleven.nl' vallend onder artikel 10 van de vergoedingen van het Keuze Zorg Plan.
Vrijstelling vindt alleen plaats als het volledige programma daadwerkelijk wordt afgerond.
- 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 maken van het verplicht eigen risico.
- 7.10 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 collectiviteitkorting, 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.
- 9.1.3 Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervalt uw recht op collectiviteitkorting van deze collectiviteit.
- 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 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 betalingstermijn, 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, ter zake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in de tekst achter het eerste aandachtsstreepje 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 premieregim 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(n) 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 stopgezet 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 zorgverzekeraar deelneemt.
- 9.5 Bij (her)inschrijving na wanbetaling dient u twee maanden premie vooruit te betalen.

Art. 10 Automatische Incasso

- 10.1 Betalingen van de premie, verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden bij voorkeur per automatische incasso. Indien u kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
- 10.2 Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan u (verzekeringnemer) te versturen. Dit is echter niet van toepassing voor de premie. De vooraankondiging van de premie vindt eenmalig per jaar plaats via toezending van het polisblad.

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 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 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 behandel-datum 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.	13.2 13.3
	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 muerterij die zich in Nederland voordoen, 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, behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose met een redressiehelm, 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 laboratorium- en/of röntgen-onderzoek aangevraagd door een huisarts of medisch specialist in de hoedanigheid van alternatief/complementair arts.	
12.7	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.	
12.8	Terrorisme	
12.8.1	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 Terrorismeschade 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 hier-voor genoemde vergoeding zijn opgenomen in het clausuleblad terrorismedekking 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.	
12.8.2	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 12.8.1 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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.	
	U heeft recht op zorgbemiddeling.	
	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.	
	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 Klachtencoördinatie. U kunt uw klacht per brief, e-mail, telefonisch, internet of faxbericht aan ons voorleggen.	
16.3	Na ontvangst wordt uw klacht opgenomen in ons klachten-registratiesysteem 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 Centrale Klachtencoördinatie 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 Klachtencoördinatie 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 Centrale Klachtencoördinatie 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 SKGZ 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 SKGZ 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.
- 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 Avéro Achmea, Postbus 1717, 3800 BS Amersfoort, via telefoonnummer 0900 - 9590, 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:
- aangifte doen bij de politie;
 - de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen en u pas 5 jaar na beëindiging een nieuwe verzekeringsovereenkomst kunt sluiten;
 - registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
 - 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 niet door ons gecontracteerde zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de dagelijkse omrekenkoers zoals deze door de Europese Centrale Bank wordt gepubliceerd. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat 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 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 als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist, ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie 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, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere 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;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige zorg in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons tenminste drie weken voor de dagbehandeling om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere 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 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 gehemeltspalten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslaptte 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 huidplooiën 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).

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 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 zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische 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 als zorg plegen te bieden.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook: de behandeling van chronische aspecifieke 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.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) als de indicatie en de behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.

Uitsluiting

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

Art. 5 Medisch specialistische 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;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook: de behandeling van chronische aspecifieke 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.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) als de indicatie en de behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.

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.
- U moet een kopie van het medisch dossier van de eerste behandelaar kunnen overleggen tijdens de second opinion bij de tweede behandelaar.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze basisverzekering valt.

Art. 7 Organtransplantaties

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 operatieve

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 transplantatie kosten, 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 gedeelde inkomsten.

Art. 8 Revalidatie**8.1 Medisch specialistische revalidatie**

Wij vergoeden de kosten van medisch specialistische 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. U heeft bij revalidatie in een klinische situatie, recht op vergoeding van de kosten 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 30 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).

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

8.2 Geriatrische revalidatie

Wij vergoeden de kosten van geriatrische revalidatie. Deze zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van u, zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg als:

- de zorg aansluit op verblijf in een ziekenhuis (als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering) in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan een verblijf in een verpleeghuis (als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ) gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
- de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
- De duur van de geriatrische revalidatie bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

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- elf- of twaalfjarige 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 geëxpliceerde 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 alleen de kosten van het stellen van de diagnose 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 en/of kinder- en jeugdpsycholoog. 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 het internetprogramma 'Kleurjeleven.nl', 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 en hulp bij werk- en relatieproblemen.

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

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, 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. Als de behandeling plaatsvindt in een GGZ-instelling, dan dient dat onder verantwoordelijkheid van een psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog plaats te vinden (hoofdbehandelaar).

Voorwaarden

- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten 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 en hulp bij werk- en relatieproblemen.

Art. 12 Psychiatrische ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten van opname in een GGZ-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek 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 30 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:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg conform artikel 11;
- 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 (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten 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 en hulp bij werk- en relatieproblemen.

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 regelmatige 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, invriezen van sperma en eicelvitricatie

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, zolang u de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt.

Een poging omvat maximaal het opeenvolgend 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 een zwangerschap te doen ontstaan. Daarbij geldt dat bij de eerste en tweede poging, slechts één embryo mag worden teruggeplaatst, als u de leeftijd van 38 jaar nog niet heeft bereikt.

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.
- Aan uw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
- 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 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 ten minste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

14.2 Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Wij vergoeden de kosten van overige vruchtbaarheids-

bevorderende behandelingen, zolang u de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Aan uw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
- 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.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

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.

Voorwaarden

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.

14.4 Vitricatie van humane eicellen en embryo's

Wij vergoeden de kosten van vitricatie (invriezen) van humane eicellen en embryo's bij de volgende medische indicaties:

- Behandelingen met chemotherapeutica die een risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis met zich meebrengen.
- Radiotherapeutische behandelingen waarbij de ovaria in het stralingsveld liggen en permanente schade kunnen oplopen.
- Operatieve behandelingen waarbij op medische indicatie beide ovaria of grote delen daarvan moeten worden verwijderd.

Daarnaast zijn er nog een aantal additionele indicaties benoemd die óf samenhangen met kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit (medische indicatie) óf met doelmatigheids-overwegingen, namelijk:

- additionele medische indicatie:
 - bij vrouwen met Fragiele X syndroom, Turner syndroom (XO) of galactosemie omdat zij een aantoonbaar verhoogd risico op premature ovariële insufficiëntie (POI) (vóór de 40ste verjaardag) hebben.
- IVF-gebonden indicaties:
 - tijdens het verloop van een IVF poging (mits deze poging op zich onder de basisverzekering valt):
 - bij onverwacht ontbreken van semen van voldoende kwaliteit;
 - invriezen van eicellen in plaats van invriezen van embryo's.

Bij medische indicaties omvat de aanspraak de volgende onderdelen van de behandeling:

- follikelstimulatie;
- eicelpunctie;
- vitricatie van eicellen.

Bij de indicaties die samenhangen met het verloop van een IVF poging omvat de aanspraak alleen het vitrificeren van eicellen. Voor het tot stand laten komen van een zwangerschap na ontdooiing van ingevroren eicellen bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF-behandeling, zoals beschreven in artikel 14.1. Daarbij geldt dat u op het moment van terugplaatsing de leeftijd van 43 jaar nog niet mag hebben bereikt.

Voorwaarden

- De vitricatie moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Wij moeten u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt op basis van de genoemde indicaties vitricatie vergoed tot en met de leeftijd van 42 jaar.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

-
- 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.
- Voorwaarde**
U moet zijn doorverwezen door een longarts.
-
- 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, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere 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, bedrijfsarts, kinderarts, keel-, neus- en oorarts, triage-audicien, specialist ouderengeneeskunde 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;
- erfelijkheidadvisering 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 of verloskundige.
-
- 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 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) 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 geselecteerde zorggroep, heeft u alleen recht op vergoeding van zorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en COPD zoals huisartsen, diëtisten en medisch specialisten die plegen te bieden. De zorg wordt dan vergoed conform de artikelen 4, 5, 21 en 28 van deze polis. Bij diabetes mellitus type 2 heeft u eveneens recht op voetzorg conform artikel 29 van deze polis.
De door ons geselecteerde zorggroepen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Voorwaarde**
De zorgonderdelen die deel uit maken van de ketenzorg moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus of de zorgstandaard COPD.
-
- Art. 23 Stoppen-met-roken-programma**
Wij vergoeden maximaal eenmaal per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-roken-programma met als doel te stoppen met roken.
Het stoppen-met-roken-programma bestaat uit geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken, zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.
- Voorwaarden**
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of verloskundige.
 - Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.
-
- Art. 24 Farmaceutische zorg**
Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg Keuze Zorg Plan. 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 Keuze Zorg Plan. 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 Keuze Zorg Plan, indien dit geschiedt door 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 rationele 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 Achmea vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten kunt u vinden op onze website. Evenals het Achmea Farmaceutische Zorg en de door Achmea aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U kunt de maximale vergoedingen, het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg Keuze Zorg Plan en de lijst met geregistreerde middelen ook bij ons opvragen.

Voorwaarden geneesmiddelen en dieetpreparaten:

- De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- De geneesmiddelen moeten 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 de bijlage 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg Keuze Zorg Plan.

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 Keuze Zorg Plan kunt u vinden voor welke (deel)prestaties deze bepaling geldt.

Uitsluitingen

De volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie 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 Keuze Zorg Plan in de bijlage '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);
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen (voor een beschrijving per (deel)prestatie farmacie, zie het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg Keuze Zorg Plan);
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

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

Art. 25 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.

- 25.1 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 'Paramedische 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 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.
 - Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.
 - Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.
- Uitsluitingen**
- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.
 - Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport) massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
 - Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
 - Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.
- 25.2 Niet-chronische aandoeningen
- Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen per aandoening 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 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. Bij DTF door een PlusPraktijk geldt de screening en de intake en het onderzoek na deze screening echter slechts 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 dus nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons geselecteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport) massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

25.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie
Wij vergoeden éénmaal per indicatie 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 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 bekkenfysiotherapie vanuit de basisverzekering.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport) massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de bekkenfysiotherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

Art. 26 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.

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 ergotherapie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de 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.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Art. 27 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.

Voorwaarden

- 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 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.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Art. 28 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van 3 uur dieetadvisering per kalenderjaar door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

Op de vergoeding dieetadvisering 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, tandarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van dieetadvisering vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de diëtisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze diëtisten 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. DTD (Directe Toegang Diëtist) kan nooit aan huis plaatsvinden.

- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Art. 29 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, zoals vastgelegd in de zorgprofielen van de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP) en Provoet en voor zover deze valt binnen de basisverzekering, door een podotherapeut of pedicure.

Voorwaarden

- Als de behandeling wordt uitgevoerd door een pedicure, stellen wij de volgende eisen:
 - De pedicure moet, met de kwalificatie Diabetische Voet (DV) of als medisch pedicure, geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
 - Als het gaat om een (pedicure) chiropedist of een pedicure in de zorg, dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 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. Tevens dient op de nota zichtbaar te zijn dat een pedicure ingeschreven staat in het register van ProCert of in het RPV.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van 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 30, Hulpmiddelen.

Art. 30 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 artikel 12.1 van de algemene voorwaarden basisverzekering en 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 geselecteerde 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. Bij niet door ons geselecteerde leveranciers heeft u altijd vooraf toestemming van ons nodig.

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. 31 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.

31.1

Counseling

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

31.2

Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

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

31.3

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. 32 Bevalling en verloskundige zorg

32.1

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 (poliklinisch of klinisch).

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

32.2

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. 33 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 € 114,50 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. 34 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 thuissituatie 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. 35 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,31 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 € 95,- per persoon per kalenderjaar.

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheids-clausule. 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.

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.

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 071-365 41 54. 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 36 t/m 42

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticci, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden zoals beschreven in artikelen 36 t/m 42. Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Art. 36 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;
- maximaal tweemaal per jaar een fluorideapplicatie vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, 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.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling.
- Bij behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing van de tandarts, tandartsspecialist of huisarts nodig.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor fronttandvervangende met een implantaat en de prothetische vervolgbehandeling.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als u toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 42).
- Als zorg nodig is zoals omschreven in artikel 40, 41 of 42 dient een machtiging te worden aangevraagd.

Art. 37 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - kaakchirurgie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek al dan niet gepaard gaand met verblijf in een ziekenhuis, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugd-gezondheidszorg of een andere medisch specialist.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een ziekenhuis moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor:
 - osteotomie (kaakoperaties) behalve als dit onderdeel is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling waarbij u toestemming heeft voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 42);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - plastische chirurgie.
- Extracties onder narcose mogen alleen op zwaarwegende medische gronden.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een zelfstandig behandelcentrum kaakchirurgie moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor behandelingen onder narcose, kinplastiek als zelfstandige verrichting en plastische chirurgie.
- U heeft alleen aanspraak op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging als de bijbehorende implantaten uit de basisverzekering worden vergoed.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als u

toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 42).

- De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Art. 38 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 op natuurlijke elementen.

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een volledige immediaatprothese, van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of tandprotheticus.
- Wanneer de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een half 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 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 hoger zijn dan € 600,- moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.

Art. 39 Implantaten

39.1

Implantaten

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven 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 hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 41.

39.2

Uitneembare volledige prothese op implantaten

Wij vergoeden de kosten van een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven 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. Tevens vergoeden wij de kosten van reparatie en rebasing van uitneembare volledige prothesen op implantaten. Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt

deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 41.

Art. 40 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige zorg als u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap hebt en zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie welke u zou hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- 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 en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Art. 41 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

- u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven 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 Centra 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 18 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.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 39.

Art. 42 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

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

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 worden uitgevoerd door een orthodontist of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Voor de behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. 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 verantwoordelijk is 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 Zorgverzekeringwet, 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 zorgaanspraken.

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:
- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
 - u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 18 van het Keuze Zorg Plan;
 - uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
 - u de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt bij het afsluiten de Ziekenhuis Extra Verzekering;
 - 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 lopend 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. In geval van wijziging is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen wijziging in het verzekeringspakket heeft plaatsgevonden. De binnen de genoemde termijnen gedane vergoedingen worden echter wel meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in het kader van het nieuw afgesloten verzekeringspakket.
- 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.
- 3.2.3 Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd vervallen, naast de collectiviteitskorting, ook de overige voordelen zoals de extra vergoedingen die uit de collectiviteit voortkomen.

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 Keuze Zorg Plan en een aanvullende verzekering 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-Zorgproduct 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 16 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering Beter Voor Nu. 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:
- vanuit het Keuze Zorg Plan verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik maken van niet gecontracteerde zorg;
 - 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 clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clausuleblad 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 Keuze Zorg Plan;
 - de aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
 - de aanvullende verzekering (Beter Voor Nu);
 - 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.

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:

- 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 of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,31 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.

Wij vergoeden de hiervoor genoemde kosten ook indien de behandeling op maximaal 55 kilometer vanaf de grens met België of Duitsland plaatsvindt en er geen sprake is van Zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 16.3.

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.

Uitsluiting

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

Vergoeding

Maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen

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 in Nederland, wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat. Een poliklinische behandelcyclus betreft behandelingen op 2 of meer aanéengesloten dagen.

Vergoeding

Maximaal € 35,- per dag

Art. 3 Plastische chirurgie (met medische indicatie) correctie bovenoogleden

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

Vergoeding

100%

Art. 4 Ooglaseren/ Lensimplantatie

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling en/of de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie.

Voorwaarden

- De oogarts die de behandeling 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.
- Voor vergoeding van de meerkosten van een lens moet u recht hebben op vergoeding van lensimplantatie vanuit het Keuze Zorg Plan.

Vergoeding

Maximaal € 500,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Kortingsregeling ooglaseren

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

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

Art. 5 Sterilisatie

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

- de praktijk van een hiertoe bevoegde 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.

Vergoeding

100%

Art. 6 Eerstelijnspsychologische zorg**6.1 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.

Vergoeding

Maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

6.2 Aanvullende eerstelijnspsychologische zorg

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

Voorwaarde

De voorwaarden en uitsluitingen zoals die van toepassing zijn voor het vergoeden van eerstelijnspsychologische zorg uit het Keuze Zorg Plan (zie artikel 10) gelden onverkort voor het recht op vergoeding van deze extra zittingen.

Vergoeding

6 zittingen per verzekerde per kalenderjaar

Art. 7 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.

Vergoeding

Maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 8 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.

Vergoeding

Maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar. Wordt u behandeld door een orthopeed, dan valt de behandeling onder medisch specialistische zorg, waarvoor een vergoeding uit het Keuze Zorg Plan geldt

Art. 9 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten (artsen en niet-artsen) die aangesloten zijn bij beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen op het

specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in de lijst is opgenomen.

Wij vergoeden ook de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voorgeschreven door een arts. Voor deze geneesmiddelen gelden de door ons vastgestelde maximale vergoedingen.

Voorwaarden

- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.
- 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 homeopatisch 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 (laboratorium)onderzoek;
- 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.

Vergoeding

Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%. Consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 75,- 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 tezamen

Art. 10 Farmaceutische Zorg

10.1 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.

Vergoeding

100%

10.2 Melatonine

Wij vergoeden bij slaapproblemen ten gevolge van DSPS, ADHD en PDD-NOS de kosten van het geneesmiddel melatonine. Voor dit geneesmiddel geldt de door ons vastgestelde maximale vergoeding.

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.

Vergoeding

100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar bij levering via een andere apotheekhoudende

10.3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor de geneesmiddelen gelden de door ons vastgestelde maximale vergoedingen.

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.

Vergoeding

100%

Art. 11 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. Dit noemen wij directe toegang fysiotherapie/oefentherapie (DTF/DTO). Bij DTF/DTO geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Bij DTF door een PlusPraktijk geldt dit samen slechts als 1 behandeling. De door ons geselecteerde zorgverleners en PlusPraktijk 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 een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport) massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.
- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele behandeling, wanneer u in aanmerking komt voor beweegprogramma's zoals omschreven in artikel 12.

Vergoeding

Maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

Art. 12 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In het beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kan voortzetten.

De vergoeding geldt voor verzekerden met obesitas (BMI >30), revaliderende verzekerden met voormalig hartfalen, verzekerden met reuma (zoals gedefinieerd door het Reumafonds), patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD met een lichte tot matige ziektelast met een longfunctiewaarde van FEV1/VC < 0,7, een benauwdheidscore >2 op de MRC schaal en een gezondheidsscore >1 tot >1,7 op de CCQschaal.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Het beweegprogramma moet plaatsvinden in de oefenruimte van de behandelend fysiotherapeut en/of oefentherapeut.
- Het beweegprogramma moet een duur hebben van minimaal 3 maanden.

Vergoeding

Maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 13 Bewegen in extra verwarmd water

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

	<p>Voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Vergoeding Maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar</p>	
Art. 14	Hulpmiddelen	
14.1	Hoortoestellen	
14.1.1	Wettelijke eigen bijdrage hoortoestellen Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage van een hoortoestel. Voorwaarde U moet recht hebben op vergoeding vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 30, hulpmiddelen). Vergoeding Maximaal € 250,- per verzekerde per jaar	14.6 14.6.1
14.1.2	Hoortoestel met afstandsbediening Wij vergoeden de eigen betaling van een hoortoestel met afstandsbediening. Voorwaarden <ul style="list-style-type: none"> • U moet recht hebben op vergoeding vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 30, hulpmiddelen). • De afstandsbediening moet op medische indicatie zijn verstrekt. • Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Vergoeding Maximaal € 185,- per apparaat	14.6.2
14.2	Eigen bijdrage pruiken 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 30, hulpmiddelen). Vergoeding Maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar	14.7
14.3	Hoofdbedekking bij oncologie Wij vergoeden de kosten van hoofdbedekking bij (tijdelijk) haarverlies bij chemotherapie Voorwaarde U moet in het bezit zijn van een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist, 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. Vergoeding Maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar	14.8
14.4	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 30, hulpmiddelen). Uitsluiting Wij vergoeden niet de kosten van de wettelijke besparingsbijdrage orthopedische schoenen en allergeenvrije schoenen. Vergoeding Maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar	14.9
14.5	Personenalarmering op medische indicatie	
14.5.1	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 30, hulpmiddelen). Vergoeding 100%	14.10
14.5.2	Alarmeringssysteem via andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance.	14.11
	<p>Voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 30 hulpmiddelen). • Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. U kunt hiervoor contact opnemen met de Hulpmiddelenlijn, telefoonnummer 071 - 751 00 77. <p>Vergoeding Maximaal € 35,- per kalenderjaar</p>	
	<p>Voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit het Keuze Zorg Plan (artikel 30 hulpmiddelen). • Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. U kunt hiervoor contact opnemen met de Hulpmiddelenlijn, telefoonnummer 071 - 751 00 77. <p>Vergoeding Maximaal € 35,- per kalenderjaar</p>	
	<p>Voorwaarde</p> <p>Wij vergoeden de kosten op grond van een sociale indicatie volgens het protocol van Eurocross Assistance.</p> <p>Vergoeding 100%</p>	
	<p>Voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance. • Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. U kunt hiervoor contact opnemen met de Hulpmiddelenlijn, telefoonnummer 071 - 751 00 77. <p>Vergoeding Maximaal € 35,- per kalenderjaar</p>	
	<p>Voorwaarde</p> <p>Wij vergoeden de kosten van plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.</p> <p>Vergoeding 100%</p>	
	<p>Voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 van 1 januari tot en met 31 december en begint in het jaar van de eerste aanschaf. • Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. U kunt hiervoor contact opnemen met de Hulpmiddelenlijn, telefoonnummer 071 - 751 00 77. <p>Vergoeding Maximaal € 250,- per verzekerde per periode van 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen</p>	
	<p>Kortingsregeling bij Eye Wish, Specsavers en het Collectief van Zelfstandige Opticiens (CzZO)</p> <p>Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Eye Wish, Specsavers en het Collectief van Zelfstandige Opticiens (CvZO) gebruik maken van een kortingsregeling. Informatie over de kortingsregeling kunt u vinden op onze website of bij ons of bij de opticiens opvragen.</p>	
	<p>Steunpessarium</p> <p>Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium geleverd door een huisarts ter voorkoming of verlichting van een baarmoederverzakking.</p> <p>Vergoeding 100%</p>	
	<p>Trans-therapie</p> <p>Wij vergoeden de kosten van huur van de apparatuur voor Trans-therapie voor de behandeling van incontinentie.</p> <p>Voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige. • De apparatuur moet worden geleverd door een hulpmiddelenleverancier. <p>Vergoeding 100%</p>	
	<p>ADL hulpmiddelen</p> <p>Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen ten behoeve van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL hulpmiddelen) voor zover deze niet onder het Achmea Reglement Hulpmiddelen of de AWBZ vallen. Het betreffende hulpmiddelen die een verzekerde met een blijvende lichamelijke beperking hulp bieden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.</p>	

Voorwaarden

- Het hulpmiddel moet door Vegro of Harting-Bank/Ligtvoet worden geleverd.
- Het hulpmiddel moet door Vegro of Harting-Bank/Ligtvoet erkend zijn als ADL hulpmiddel.

Vergoeding

75% tot maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

Art. 15 Vervoer van zieken

15.1

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 op grond van artikel 35 van 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 16.3 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 071 - 365 41 54. 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.

Vergoeding

Eigen vervoer € 0,31 per km; taxivervoer 100%

15.2

Eigen bijdrage Vervoerskosten

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

Vergoeding

100%

Art. 16 Buitenland

16.1

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:

- 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 Tandheerkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

Vergoeding

Aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden

16.2

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 vervoer en in welke vorm. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 071 - 365 41 54. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkorting.
- 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 071 - 365 41 54. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding

Taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,31 per km

16.3

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 van de Algemene voorwaarden van de aanvullende verzekering 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, openbaar vervoer of taxivervoer van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde

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

Vergoeding

Overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer openbaar vervoer of taxivervoer: € 0,31 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

Art. 17 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.

Vergoeding

100%

Art. 18 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 (of een verklaring/cholera stempel 'cholera not indicated');
- rabiës (hondsdoelheid);
- Früh Sommer Meningo Encephalitis (tekenbeet);
- hepatitis A/B.

Voor de geneesmiddelen en vaccinaties gelden de door ons vastgestelde maximale vergoedingen.

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 te zijn voldaan:

- 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.

Vergoeding

Consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van ArboVitale 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

Art. 19 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een door ons geselecteerd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De door ons geselecteerde herstellingsoorden 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.

Vergoeding

Maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar

Art. 20 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het revalidatieprogramma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans. Het revalidatieprogramma Herstel en Balans is een groepsprogramma dat bestaat uit lichaamstraining en psycho-educatie.

Voorwaarde

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

Vergoeding

Maximaal € 1.000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 21 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie/ steunzolen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut en één paar steunzolen. Tot de genoemde behandelingen worden naast de consulten ook de kosten van het aanmeten, vervaardigen, afleveren en repareren 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 of worden gerepareerd 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 schoenaanpassingen.
- 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 29).

Vergoeding

Maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 22 Pedicurezorg

22.1

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met reuma of diabetes.

Voorwaarden

- 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.
- De pedicure moet, met de kwalificatie 'Diabetische voet' (DV) en/of 'Reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- Als het gaat om een (pedicure) chiropedist of een pedicure in de zorg, dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden. Tevens dient op de nota zichtbaar te zijn dat een pedicure ingeschreven staat in het register van ProCert of in het RPV.

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 artikelen 22 en 29).

Vergoeding

Maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar

22.2

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

Voorwaarden

- De pedicure moet geregistreerd staan als medisch pedicure 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).

Vergoeding

100%

Art. 23 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- elektrische epilatie en Intense Pulsed Light (IPL) behandelingen door een schoonheidsspecialist 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 schoonheidsspecialist 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.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

Vergoeding

Maximaal 600,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 24 Mantelzorgvervanging 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 Mantelzorgvervanging Nederland te Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag.
- De zorg moet 8 weken van tevoren worden aangevraagd.

Vergoeding

Maximaal 21 dagen per verzekerden per kalenderjaar

Art. 25	<p>Hotels, bungalow- of vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken Wij geven aan verzekerden die gehandicapt of chronisch ziek zijn een tegemoetkoming in de kosten van een hotel-, bungalow- of vaarvakantie georganiseerd door het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem.</p> <p>Voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (Ijsselviert in Wezep en De Valkenberg en De Paardestal in Rheden). <p>Voor de bungalowvakanties wordt gebruik gemaakt van de Rode Kruis Bungalow in Someren van de Stichting Rode Kruis Bungalow.</p> <p>Vergoeding Vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem Hotel- of bungalowvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis</p>	<p>Voor verzekerden die op grond van het Keuze Zorg Plan aanspraak hebben op dieetadvisering geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.</p> <p>Uitsluiting Wij vergoeden voor een zelfde diagnose niet de kosten van en dieetadvisering en voedingsvoorlichting (artikel 28.2).</p> <p>Vergoeding Maximaal € 120,- per verzekerde per kalenderjaar</p> <p>28.2 Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of diëtist Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.</p> <p>Voorwaarde De gewichtsconsulent moet zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de kwaliteitseisen van de BGN.</p> <p>Uitsluitingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wij vergoeden niet de kosten van groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent. • Wij vergoeden voor een zelfde diagnose niet de kosten van én voedingsvoorlichting én dieetadvisering (artikel 28.1). <p>Vergoeding Maximaal € 120,- per verzekerde per kalenderjaar</p> <p>28.3 (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 educatiecursus, 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 10-weekse voedings- en beweegprogramma "Afvallen & Afblijven" georganiseerd door een Achmea health Center met 1 op 1 voedingsbegeleiding, personal coaching en groepslessen; • 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; • basis Reanimatiecursus 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 • iedereen EHBO (internetcursus) ; • het Rode Kruis; • eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging of de internetcursus EHBO bij kinderen van Iedereen EHBO; • online slaapcursus, 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>Vergoeding 75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar</p> <p>28.4 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>
Art. 26	<p>Preventieve onderzoeken</p> <p>26.1 Preventieve onderzoeken Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van vroege opsporing van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • baarmoederhalskanker (uitstrijkje); • borstkanker; • hart- en vaatziekten; • prostaatkanker. <p>Voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>Vergoeding 100%</p> <p>26.2 Periodiek algemeen onderzoek (preventieve onderzoeken) 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).</p> <p>Voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Vergoeding Enmaals per twee jaar</p>	
Art. 27	<p>Mammaprint Wij vergoeden de kosten van een Mammaprint. Met behulp van de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen en daarmee bepalen of chemotherapie wel of niet noodzakelijk is.</p> <p>Voorwaarde Het onderzoek moet worden uitgevoerd door het laboratorium Agendia.</p> <p>Vergoeding 100%</p>	
Art. 28	<p>Leefstijlinterventies</p> <p>28.1 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>	

28.5	<p>Vergoeding 75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar Leefstijltrainingen Wij vergoeden de kosten van maximaal één basis leefstijl-training 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>Vergoeding Maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar</p>	
Art. 29	<p>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>Vergoeding Maximaal € 100,- per verzekerde per 2 kalenderjaren</p>	
Art. 30	<p>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>Vergoeding Maximaal € 130,- per verzekerde per kalenderjaar</p>	
Art. 31	<p>Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 18 jaar Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts of kaakchirurg voor verzekerden vanaf 18 jaar, 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.</p> <p>Voorwaarde Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan met kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.</p> <p>Vergoeding 75% tot maximaal € 200,- per element, tot maximaal € 2.500,- per ongeval</p>	
Art. 32	<p>Hospice Wij vergoeden de eigen bijdragen bij verblijf in een hospice ten behoeve van een verzekerde wanneer de hospice participeert in het netwerk Palliatieve Zorg in de regio en geen deel uitmaakt van een gezondheidsinstelling zoals een verpleeghuis, bejaarden- of verzorgingstehuis.</p> <p>Uitsluiting Wij vergoeden niet de eigen bijdrage die op grond van de AWBZ in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice.</p> <p>Vergoeding Maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 4.500,-</p>	
		Art. 33
		<p>Griepvaccinatie Wij vergoeden de kosten van een griepvaccinatie tot de leeftijd van 60 jaar. Voor deze vaccinatie geldt de door ons vastgestelde maximale vergoeding.</p> <p>Uitsluiting Vaccinatie in het kader van het Nationaal programma grieppreventie (risicogroepen) valt onder de AWBZ.</p> <p>Vergoeding 100%</p>
		Art. 34
		<p>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.</p> <p>Vergoeding 100% eenmaal per verzekerde per kalenderjaar</p>
		Art. 35
		<p>Patiëntenverenigingen Wij vergoeden de kosten van het lidmaatschap.</p> <p>Vergoeding Maximaal € 25,- per lidmaatschap per verzekerde per kalenderjaar</p>

**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 (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%.

Mondhygiëne en kleine vullingen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.

Een mondhygiëniste kan, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes als T-codes (parodontologische behandelingen) declareren. Wanneer een mondhygiëniste T-codes declareert, dan krijgt u een vergoeding van maximaal 75% 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% wanneer u de T Start, T Extra of T Royaal heeft en voor 100% wanneer u de T Excellent heeft. 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.

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende behandelingen:

- keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76)
- niet nagekomen afspraken (C90);
- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- orthodontie;
- abonnementen.

T START

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXTRA

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar

T ROYAAL

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXCELLENT

- alle codes: 100%
- 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, langer dan 24 uur, 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 geselecteerd 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.

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/zorgverzekeringen.

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/declarenzorg.

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

Uw programma op maat. Met de juiste adviezen over gezond bewegen, mentaal ontspannen en gezonde voeding helpen wij u in uw eigen stijl en tempo gezond te leven.
U ontvangt 20% korting op de reguliere beweegpakketten.
Kijk op www.achmeahealthcenters.nl voor informatie over de beweegpakketten waarvoor de korting geldt en 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 mantelzorger 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 mantelzorger. Voor de mantelzorger 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.

Art. 8 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.

Ter verantwoording

De in deze brochure genoemde vergoedingen zijn in hoofdlijnen weer-gegeven. De polisvoorwaarden bepalen de precieze omvang van de dekking. Deze kunt u vinden op www.averoachmea.nl/zorgverzekeringen.

Privacy

Bij de aanvraag van een verzekering/financiële dienst vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de Achmea Groep 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 de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. Voor zorgverzekeraars is daarnaast de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' van kracht. Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij Avéro Achmea, Postbus 1717, 3800 BS Amersfoort. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij als Achmea Groep 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 privacy-reglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

Toepasselijk recht en klachtenbehandeling

Op de verzekeringen is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. Vanzelfsprekend doen wij ons uiterste best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch is het mogelijk dat u ergens ontevreden over bent. Neemt u in zo'n geval eerst contact op met uw adviseur of contactpersoon. Wilt u toch een klacht indienen, dan kan dit per e-mail via onze website www.averoachmea.nl ('klacht doorgeven') of schriftelijk bij Avéro Achmea, Centrale Klachtcoördinatie, Antwoordnummer 2241, 8000 VB Zwolle. Als wij er naar uw mening niet in slagen het probleem naar uw tevredenheid op te lossen, dan kunt u, indien u een natuurlijk persoon bent die niet handelt in de uitoefening van een bedrijf of beroep, zich wenden tot de erkende geschilleninstantie waarbij wij zijn aangesloten: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, tel. 030 - 698 83 60, www.skgz.nl.

Over Avéro Achmea

Avéro Achmea is een aanbieder van verzekeringsproducten en maakt gebruik van onafhankelijke bemiddelaars en adviseurs. Avéro Achmea is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Noordwijk, ingeschreven bij de AFM onder nummer 12000647 en van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Utrecht, ingeschreven bij de AFM onder nummer 12001023. Het kantoor van Avéro Achmea bevindt zich aan de Van Asch van Wijkstraat 55, 3811 LP Amersfoort, Nederland.



Keurmerk Klantgericht Verzekeren

Avéro Achmea heeft het Keurmerk Klantgericht Verzekeren

Vertrouwen en zekerheid zijn essentieel voor de kwaliteit van dienstverlening in de verzekeringsbranche. Het Keurmerk Klantgericht Verzekeren is een keurmerk van de onafhankelijke Stichting toetsing verzekeraars (Stv). Alleen verzekeraars die eerlijke informatie geven, voortvarend dienstverleners, goed bereikbaar zijn, de klanttevredenheid toetsen en de resultaten hiervan gebruiken om de dienstverlening te verbeteren en een consistent kwaliteits-beleid voeren, komen in aanmerking voor het keurmerk.

Meer Zorg voor particulieren

Basisverzekeringen	(Keuze) Zorg Plan
Aanvullende verzekeringen	Start, Extra, Royaal, Excellent
Tandartsverzekeringen	T Start, T Extra, T Royaal, T Excellent
Speciaal voor jongeren en studenten	Juist Voor Jou
Speciaal voor 50+	Beter Voor Nu
Comfortverpleging	Ziekenhuis Extra