

DE KEUZEPOLIS

VOORWAARDEN EN VERGOEDINGEN
INGANGSDATUM 1 JANUARI 2002



samen
zorgen


Gescand door
POLISBANK

 **dvz**
zorgverzekeringen

DIENEND
VERANTWOORDELIJK
ZORGZAAM



Inhoud

Algemene voorwaarden	3
1 Begripsomschrijvingen	3
2 Aanmelding	7
3 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering	8
4 Verplichtingen van de verzekerde	10
5 Vergoedingen	11
6 Uitsluitingen	13
7 Eigen risico	14
8 Premie	15
9 Wijzigingen van premies en/of voorwaarden	16
10 Vrije keuze van zorgverleners	17
11 Uitzondering collectieve ziektekostenovereenkomst	17
12 Geschillen	17

Keuzepolis

19

Algemene voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van enkele in de voorwaarden gebruikte begrippen.

1.1 Aanvullende (tandheelkundige) verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de basis ziektekostenverzekering.

1.2 Ambulance

Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevalsslachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.

1.3 Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker, die wettelijk bevoegd is tot de uitoefening van de artseneijbereidkunst.

1.4 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 instantie in het kader van de wet BIG.

1.5 Audiologisch centrum

Een centrum dat audiologische hulp verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten.

1.6 Bijkomende kosten

Medische kosten die rechtstreeks verband houden met een medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling en die zijn ontstaan tijdens zo'n behandeling in een ziekenhuis, zoals kosten van röntgenfoto's, bloedtransfusies, laboratoriumkosten, geneesmiddelen, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik van de operatiekamer. De bijkomende kosten moeten in rekening gebracht worden door een ziekenhuis of laboratorium.

1.7 Dagverpleging

Bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, voorzienbaar nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg te ondergaan.

1.8 Eerstelijns psycholoog

Een in Nederland gevestigde psycholoog die als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).

1.9 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, als bedoelt in het Fysiotherapeutenbesluit, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet BIG.

1.10 Geneeskundig adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

1.11 Gezin

Tot het gezin behoren ook (behalve man en/of vrouw) de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, of adoptiekinderen tot 25 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op de kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet Studiefinanciering of op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de belastingwetgeving.

1.12 Gezondheidszorg psycholoog

Een in Nederland gevestigde gezondheidszorg psycholoog die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.13 Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, of in elk geval voldoet aan de kwaliteitseisen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn.

1.14 Huisarts

Een in Nederland in of nabij uw woonplaats gevestigde arts, die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.15 Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in de regeling Hulpmiddelen die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

1.16 Kaakchirurg

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

1.17 Kalenderjaar

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

1.18 Klinisch genetisch centrum

Een instelling voor klinische genetica, die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

1.19 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat wettelijk is toegelaten.

1.20 Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.21 Medische noodzaak

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

1.22 Medisch Specialist

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

1.23 Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/Mensendieck vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.24 Orthodontist

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

1.25 Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.26 Premie

Het geldbedrag dat u betaalt voor uw verzekering bestaat uit:

Netto premie (ziektelkostenverzekering)

Dit is het gedeelte van de premie dat u betaalt voor de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.

Wettelijke bijdragen

De krachtens de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere Ziekenfondsverzekerden (mooz) en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (wtz) voor ieder van u wettelijk verschuldigde bijdragen, waarvan de hoogte jaarlijks wordt vastgesteld door de overheid.

1.27 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medische specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

1.28 Second Opinion

Het oordeel over uw gezondheidstoestand door een andere specialist dan de behandelend specialist.

1.29 StandaardPakketPolis

De ziektekostenverzekering die wij op grond van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen verplicht zijn aan te bieden.

1.30 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.31 Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, als bedoeld in het register van tandprothetici, die staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie met wie DVZ Zorgverzekeringen een overeenkomst heeft afgesloten.

1.32 U/Uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering heeft afgesloten.

1.33 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.34 Wet BIG

De Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

1.35 Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V., de verzekeraar van DVZ Zorgverzekeringen.

1.36 Zelfstandig behandelcentrum

Een in Nederland gevestigde inrichting die als zelfstandig behandelcentrum door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor onderzoek en behandeling van zieken.

1.37 Ziekenhuis

Een in Nederland gevestigde inrichting die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Ook wordt hieronder verstaan het Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland).

1.38 Ziekenhuisverpleging

Opnemingslanger dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

1.39 Ziektekostenverzekering

De door u bij ons gesloten privaatrechtelijke verzekering tegen ziektekosten, waarvoor wij het risico dragen.

1.40 Zorgverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die u de medische zorg verleent die is beschreven in de begripsbepalingen. Onder zorgverlener verstaan wij ook een leverancier van hulpmiddelen en voedings- en verbandmiddelen.

1.41 ZN

Zorgverzekeraars Nederland is de brancheorganisatie van de bedrijven die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden.

2 Aanmelding

In dit artikel vindt u informatie over de regels die voor u gelden bij inschrijving in de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering;

2.1 Ziektekostenverzekering en aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

- 2.1.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te ondertekenen.
- 2.1.2 Wanneer u (verzekeringnemer) tijdens de aanvraagprocedure zaken verzwijgt of onze vragen onjuist of onvolledig beantwoordt, kunnen wij ons op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst beroepen.
- 2.1.3 Het aanvraagformulier en de tijdens een eventuele medische keuring verstrekte gegevens maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst.
- 2.1.4 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten.
Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij DVZ Zorgverzekeringen, Postbus 530, 2220 AM, Katwijk.
- 2.1.5 Het aangaan van een KeuzePolis kan slechts plaatsvinden indien de leeftijdsgrens van 65 jaar nog niet is bereikt.

- 2.1.6 U (verzekeringnemer) hoeft geen aanvraagformulier in te vullen voor kinderen die tijdens de looptijd van de verzekering worden geboren. Voorwaarde is dat u uw kind(eren) binnen twee maanden na de datum van geboorte bij ons aanmeldt. De inschrijving in de verzekering vindt dan plaats per de datum van geboorte.
- 2.1.7 Voor adoptiekinderen, waarbij het voornemen bestaat om blijvend in het gezin te worden opgenomen, dient vooraf een verklaring te worden overlegd.
- 2.1.8 Voor alleenstaanden jonger dan 18 jaar wordt de premie van 18-jarigen berekend.
- 2.1.9 U (verzekeringnemer) bent verplicht alle gezinsleden voor dezelfde verzekeringen aan te melden. Na de totstandkoming moet(en) de verzekering(en) blijven gelden voor alle gezinsleden.
- Het voorgaande geldt niet voor gezinsleden die:
- beroepsmilitair zijn;
 - verplicht verzekerd zijn;
 - bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
 - op een (Studenten)Standaard(Pakket)Polis verzekerd zijn.
- 2.1.10 De verzekering van studerende kinderen, die volgens een wettelijke bepaling anders verzekerd zijn wordt per 1e van de daarop volgende kalendermaand beëindigd. Na beëindiging van de andere verzekering kunnen zij weer meeverzekerd worden tegen de geldende voorwaarden.
- 2.1.11 Voor personen, die bij toetreding en/of wijziging van de polis de leeftijd van 50 jaar reeds hebben bereikt, geldt een premietoeslag.
- 2.1.12 De aanvraag tot verzekering wordt niet geaccepteerd, indien deze wordt aangevraagd met het doel om voor langere tijd buiten Nederland te verblijven.

2.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

- 2.2.1 Bij het afsluiten van een ziektekostenverzekering toetsen wij automatisch uw AWBZ-gerechtigdheid. Als u niet voldoet aan de voorwaarden die in deze wet zijn gesteld, krijgt u van ons daarover schriftelijk bericht. Voor verstrekkings vanuit de AWBZ kunt u zich wenden tot het Zorgkantoor bij u in de regio.
- 2.2.2 Als u voldoet aan de voorwaarden die zijn gesteld in de AWBZ, geldt uw polisblad tevens als bewijs van inschrijving voor de AWBZ.

3 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering

In dit artikel vindt u informatie over:

- de ingangsdatum en de duur van uw verzekering;
- het einde van uw verzekering.

3.1 Ingangsdatum en duur van uw verzekering

- 3.1.1 Uw verzekering gaat in op de datum, die op uw polisblad als ingangsdatum staat vermeld.

- 3.1.2 Uw verzekering is één kalenderjaar geldig.
Wanneer uw verzekering na 1 januari ingaat, geldt uw verzekering tot en met 31 december van het daarop volgend jaar.
- 3.1.3 Uw verzekering wordt automatisch telkens met één kalenderjaar verlengd.
- 3.1.4 U kunt een reeds bij ons lopende verzekering uitbreiden met aanvullende verzekeringen. Uitbreiding vindt alleen plaats nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan en alleen na een medische beoordeling.
- 3.1.5 Een bij ons lopende ziektekostenverzekering kunt u, behoudens de bepalingen van artikel 3.1.2, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar, en dan alleen na medische beoordeling en schriftelijke bevestiging van ons.

3.2 Einde van uw verzekering

- 3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen:
- door voor 1 december schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend.
 - door ons binnen 30 dagen nadat een wijziging door ons bekend is gemaakt schriftelijk mede te delen dat u weigert akkoord te gaan met een verhoging van de premie en/of een beperking van de voorwaarden op grond van artikel 9.
- 3.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen door ons schriftelijk te berichten dat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd moet worden.
- U moet een kopie van het inschrijvingsbewijs van uw nieuwe verzekering meesturen.
 - Wij beëindigen uw verzekering per de afgiftedatum van het bewijs van inschrijving van het ziekenfonds, maar nooit eerder dan de ingangsdatum van de verplichte verzekering. Bij inschrijving in een publiekrechtelijke verzekering beëindigen wij uw verzekering per ingangsdatum van die verzekering.
 - Wanneer u uw verzekering beëindigt, bevestigen wij dit schriftelijk.
 - Wanneer wij het bewijs van inschrijving later ontvangen dan 60 dagen nadat het door het ziekenfonds of de publiekrechtelijke verzekering is afgegeven, beëindigen wij uw verzekering per de datum dat wij het bewijs van inschrijving hebben ontvangen.
- 3.2.3 Wij mogen uw verzekering beëindigen:
- wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de premie binnen twee maanden na de vervaldag nog niet is betaald;
 - wanneer u zich permanent in het buitenland vestigt;
 - bij aangetoonde fraude;
 - bij overlijden.

Indien de verzekeringnemer bij zijn overlijden gezinshoofd is, kunnen zijn achterblijvende gezinsleden de verzekering bij ons voortzetten tegen de dan geldende voorwaarden voor die verzekering. In dat geval zijn de bepalingen betreffende het onderzoek naar de gezondheidstoestand niet van toepassing. Wanneer wij uw verzekering beëindigen, delen wij u dit schriftelijk mede.

- 3.2.4 Uw verzekering eindigt met ingang van de eerste van de maand waarin u de 65-jarige leeftijd bereikt. Wij verzekeren u aansluitend op de StandaardPakketPolis.

4 Verplichtingen van de verzekerde

In dit artikel vindt u informatie over de verplichtingen die u heeft wanneer u bij ons een verzekering heeft afgesloten.

- 4.1** U bent verplicht al het mogelijke te doen om ons of onze medisch adviseur de gewenste inlichtingen te verschaffen.
- 4.2** Wanneer sprake is van gemaakte kosten door toedoen van een aansprakelijke derde, bent u verplicht ons zo goed mogelijk te helpen bij het krijgen van een schadevergoeding van deze aansprakelijke derde. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u geen regeling (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
- 4.3** Wanneer onze belangen worden geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt, verliest u uw recht op vergoeding van kosten.
- 4.4** U bent verplicht wijzigingen die van belang zijn voor de rechten en de plichten uit de verzekering binnen twee maanden schriftelijk aan ons te melden. Zulke wijzigingen zijn onder andere:
- verhuizing;
 - vestiging in het buitenland;
 - geboorte;
 - komst van een stief-, pleeg-, of adoptiekind in uw gezin;
 - huwelijk, of beëindiging daarvan.
- Bijbeschrijving van echtgeno(o)t(e) vindt alleen plaats nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan en alleen na een medische beoordeling.
- overlijden;
 - wijziging van (post)banknummer;
 - toetreding tot een verplichte verzekering.
- Het nalaten van het onder art. 4.4 bepaalde, doet het recht op terugvordering van teveel betaalde premie vervallen, terwijl onze vorderingen onverkort blijven gehandhaafd.

Wanneer u deze wijzigingen niet binnen twee maanden aan ons meldt, gaan de wijzigingen pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum.

Wij mogen er van uitgaan dat mededelingen u hebben bereikt wanneer ze naar uw laatst bekende adres zijn verzonden.

5 Vergoedingen

In dit artikel vindt u informatie over:

- de uitbetaling van de vergoedingen;
- de voorwaarden voor vergoeding;
- uit welke verzekering wij de kosten vergoeden;
- de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten.

5.1 Uitbetaling van de vergoedingen

- 5.1.1 Wij vergoeden de kosten rechtstreeks aan u, tenzij u met ons afspreekt dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. U kunt ook via het declaratieformulier aangeven dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden.
- 5.1.2 Wanneer wij door u gemaakte kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, betalen wij aan sommige zorgverleners het volledige bedrag van de declaratie inclusief het openstaande eigen risico en de eigen bijdragen. In dat geval bent u (verzekeringnemer) verplicht het bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen aan ons terug te betalen. Indien mogelijk verrekenen wij het bedrag, dat u aan ons moet betalen, met schadekosten, die wij aan u moeten betalen.
- 5.1.3 Wij betalen ingediende nota's zo spoedig mogelijk nadat we alle relevante originele nota's hebben ontvangen.
- 5.1.4 Wanneer u het bedrag niet tijdig terugbetaalt, vergoeden wij uw medische kosten pas weer op het moment dat het volledige bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van het volledige bedrag zijn gemaakt.

Wanneer u (verzekeringnemer) dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente. Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor uw (verzekeringnemers) rekening. Deze kosten bedragen minimaal 15% van het verschuldigde bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen.

5.2 Voorwaarden voor vergoeding

- 5.2.1 Wij vergoeden uitsluitend medische kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.

- 5.2.2 De datum waarop de hulp is verleend, is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.
- 5.2.3 U bent verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen.
De behandelend zorgverlener moet de nota's hebben uitgeschreven.
Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.
- 5.2.4 Nota's die wij (gedeeltelijk) vergoeden of verrekenen met het eigen risico blijven in ons bezit.
- 5.2.5 U bent verplicht de nota's zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, aan ons toe te sturen.
Indien u dit niet doet vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 5.2.6 Wij vergoeden de medische kosten op basis van het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken. Wanneer er geen tarief is afgesproken vergoeden wij de kosten op basis van het rechtsgeldige tarief.
- 5.2.7 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, tenzij anders bepaald.

5.3 Welke verzekering vergoedt

Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:

- de ziektekostenverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende tandheelkundige verzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende verzekering.

5.4 Vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten

- 5.4.1 Wanneer u ziektekosten maakt in het buitenland, vergoeden wij deze alleen als het gaat om medisch noodzakelijke zorg die;
- bij uw vertrek naar het buitenland niet te voorzien was én;
 - niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- 5.4.2 Wanneer uw tijdelijke verblijf in het buitenland mede bedoeld is om daar medisch behandeld te worden, vergoeden wij deze behandeling alleen wanneer wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- 5.4.3 Wij vergoeden de door u gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

5.5 Samenloop

Indien u – als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond – aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig.

In zo'n geval zal alleen de schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken.

6 Uitsluitingen

In dit artikel vindt u informatie over de kosten die wij niet vergoeden.

- 6.1 Wij vergoeden geen kosten van behandelingen die leiden tot het afbreken van de zwangerschap
- 6.2 Wij vergoeden geen kosten van hulp bij vrijwillige euthanasie.
- 6.3 Wij vergoeden geen kosten van vrijwillige sterilisatie en het ongedaan maken hiervan.
- 6.4 Wij vergoeden geen kosten van cosmetische, plastische chirurgie.
- 6.5 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met kunstmatige bevruchting (in vitro fertilisatie of andere technieken).
- 6.6 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met een ziekte of afwijking die u al had, en waarmee u al bekend was of waarvan u al klachten ondervond voordat u bij ons een verzekering afsloot, terwijl u die niet op het aanvraagformulier heeft vermeld. Dit geldt ook bij uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse.
- 6.7 Wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio-actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij.
- 6.8 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met verpleging, onderzoek of behandeling die medisch niet noodzakelijk is.
- 6.9 Wij vergoeden geen kosten van eigen bijdragen krachtens de AWBZ, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- 6.10 Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van attesten, vaccinaties en zwangerschapstesten.
- 6.11 Wij vergoeden geen kosten van psychiatrische zorg.

- 6.12** Wij vergoeden geen kosten van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort.
- 6.13** Wij vergoeden geen kosten die betrekking hebben op de kosten voor onderzoek en/of behandeling door een hooglerspecialist, tenzij en voor zover wij op een daartoe strekkend verzoek vooraf hiervoor toestemming hebben gegeven. Indien wij geen toestemming hebben gegeven tot onderzoek en/of behandeling door de hooglerspecialist, bestaat er slechts aanspraak op een vergoeding tot maximaal de kosten van een specialist/niet-hoogleraar.

7 Eigen risico

In dit artikel vindt u informatie over de regels met betrekking tot het eigen risico.

- 7.1** Het eigen risico is van toepassing op de particuliere ziektekostenverzekering, niet op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.
- 7.2** Het eigen risico geldt voor één kalenderjaar.
- 7.3** Wanneer uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd (dit is niet van toepassing indien het eigen risico betrekking heeft op een bepaald onderdeel van de verstrekkingen).
- 7.4** Beëindiging van uw verzekering in de loop van het kalenderjaar heeft geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar, tenzij:
- uw verzekering in de loop van het kalenderjaar eindigt en wij u aansluitend op de StandaardPakketPolis verzekeren; of
 - u uw verzekering in de loop van het kalenderjaar beëindigt in verband met verplichte ziekenfondsverzekering en u zich aansluitend bij Ziekenfonds Groene Land Achmea verzekert.
- Het eigen risico wordt in deze gevallen voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid verminderd
- 7.5** Wanneer de samenstelling van uw gezin in de loop van het kalenderjaar wijzigt, heeft dit geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar.
- 7.6** Wij vergoeden uitsluitend de ziektekosten die boven het bedrag van het eigen risico uit komen.
- Het eigen risico is ook van toepassing op gemaximeerde vergoedingen.
- 7.7 Wijziging van het eigen risico**
- 7.7.1** U kunt uw eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen.
- 7.7.2** Een verlaging van het eigen risico is pas mogelijk wanneer wij er, na een medische beoordeling, mee akkoord gaan.

8 Premie

In dit artikel vindt u informatie over:

- de hoogte van de premie en de wettelijke bijdragen voor de particuliere ziektekostenverzekering;
- het betalen van de premie;
- de gevolgen van niet-tijdige betaling/betalingsachterstand;
- wat er met de premie gebeurt wanneer uw verzekering eindigt of wijzigt.

8.1 Hoogte van de premie

- 8.1.1 Op uw polisblad vindt u de hoogte van premie voor de particuliere ziektekostenverzekering, de aanvullende (tandheekkundige) verzekeringen en de wettelijke bijdragen.
- 8.1.2 Wij stellen de hoogte van de premie voor de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheekkundige) verzekeringen vast. Deze is afhankelijk van de hoogte van het eigen risico, de regio waarin u woont en uw leeftijd. Indien de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per 1 januari daaropvolgend. Bij het bereiken van de 20- en 65-jarige leeftijd wijzigen de wettelijke bijdragen per de eerste van de maand waarin u deze leeftijdsgrens overschrijdt.

8.2 Het betalen van de premie

- 8.2.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie te betalen. 'U' dient in verband met premiebetaling dan ook te worden gelezen als 'u (verzekeringnemer)'.
- 8.2.2 U bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 8.2.3 Maandbetalingen kunnen uitsluitend per automatische incasso-opdracht worden voldaan.
- 8.2.4 Als u de premie per half jaar of per jaar vooruit betaalt, verlenen wij kortingen.
- 8.2.5 Wij brengen de ontvangen premie altijd eerst in mindering op de langst openstaande vordering.
- 8.2.6 U mag geen premie verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.

8.3 Niet tijdige betaling

- 8.3.1 Wanneer u de premie niet tijdig betaalt, vervallen onze verplichtingen uit de particuliere verzekering vanaf de premievervaldag. U heeft pas weer recht op vergoeding van medische kosten op het moment dat de volledige achterstallige premie is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van de volledige achterstallige premie zijn gemaakt en die niet te verwachten waren.
- 8.3.2 U blijft verplicht achterstallige premie te betalen.
- 8.3.3 Wanneer u uw premie niet tijdig betaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en wettelijke rente.
- 8.3.4 Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor uw rekening.

8.4 Premiebetaling bij begin, wijziging of einde van de verzekering.

- 8.4.1 Wanneer u de premie vooruit heeft betaald en de verzekering eindigt omdat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd wordt, betalen wij het te veel betaalde bedrag terug tot de dag dat u wordt uitgeschreven. Indien u recht heeft op teruggave van dubbel betaalde premie (particulier én ziekenfonds), betaalt het ziekenfonds de particuliere premie aan u terug.
- 8.4.2 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste van de maand eindigt of wijzigt, heeft dit pas gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie per eerste van de volgende maand.
- 8.4.3 U bent ons altijd minimaal een maandpremie verschuldigd.

8.5 Premiereductie en -vrijstelling

- 8.5.1 Voor kinderen, meeverzekerd in gezinsverband, alsmede voor volwassenen geldt een premiereductie zoals dit in de onderscheiden premietabellen is aangegeven.
- 8.5.2 Met het overschrijden van een bepaalde leeftijdscategorie zal de premie opnieuw worden vastgesteld. De gewijzigde premie gaat in per de 1e van de volgende maand waarin de verzekerde is verjaard. De gewijzigde premie wordt vastgesteld aan de hand van de in dat jaar geldende premietabellen, zoals die door ons voor het desbetreffende jaar zijn vastgesteld.
- 8.5.3 Voor studerende, dagonderwijs volgend, in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar is op de polis een reductieregeling van toepassing.

8.6 Aantal premieplichtige kinderen

- 8.6.1 Voor de KeuzePolis geldt, dat als de kinderen de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt, voor maximaal 2 kinderen premie verschuldigd is. Voor de berekening van de premie van het maximum aantal premieplichtige kinderen, geldt de leeftijd van de oudste(n) die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft/ hebben bereikt. Studerende kinderen die dagonderwijs volgen en de leeftijd van 25 jaar nog niet hebben bereikt, betalen dezelfde premie als die voor een kind.

9 Wijziging van premies en/of voorwaarden

In dit artikel vindt u informatie over:

- op wie een wijziging van de premie en/of voorwaarden van toepassing is;
 - wat u kunt doen wanneer u niet akkoord gaat met een wijziging;
 - wanneer u een wijziging niet mag weigeren.
- 9.1 Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.
 - 9.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.

9.3 Wanneer u (verzekeringnemer) niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit schriftelijk (aangetekend) aan ons melden binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.

9.4 U mag de wijziging niet weigeren wanneer:

- u nog geen 12 maanden bij ons ingeschreven bent;
- 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 of doordat u verhuist naar een andere regio;

10 Vrije keus van zorgverleners

Alhoewel u in beginsel vrij bent in de keuze van zorgverleners, hebben wij voor bepaalde medische zorg met zorgverleners afgesproken dat alleen zij u mogen behandelen. In dat geval bent u verplicht gebruik te maken van de diensten van onze zorgverleners. Desgevraagd informeren wij u over de namen en adressen van deze personen en instanties.

11 Uitzondering collectieve ziektekostenovereenkomst

Dit artikel is alleen van toepassing als uw verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve ziektekostenovereenkomst die uw werkgever met ons is overeengekomen.

De inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst maakt deel uit van de verzekering. Bij strijdigheid tussen de inhoud van deze algemene voorwaarden en de inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst zal de inhoud van de collectieve overeenkomst prevaleren.

12 Geschillen

In dit artikel vindt u informatie over de procedure die u verplicht bent te volgen bij geschillen die voortvloeien uit:

- de particuliere ziektekostenverzekering;
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering;
- het vaststellen van de AWBZ-gerechtigdheid.

12.1 Geschillenregeling voor de particuliere verzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

Directiebeslissing

Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van de verzekering, kunt u de kwestie schriftelijk voorleggen aan de directie.

U moet dit doen binnen 1 maand nadat de beslissing aan u is meegedeeld.

De directie zal dan binnen 1 maand over de kwestie beslissen.

De beslissing zal schriftelijk aan u worden meegedeeld.

Beroepscommissie

Wanneer u het niet eens bent met de beslissing van de directie, kunt u de kwestie schriftelijk voorleggen aan de beroepscommissie. U moet dit doen binnen 1 maand nadat de beslissing aan u is meegedeeld of de beslistermijn is verstreken.

De beroepscommissie bestaat uit externe deskundigen.

De beroepscommissie zal binnen een termijn van 3 maanden een beslissing nemen. De beslistermijn kan één keer met 3 maanden verlengd worden.

Dit zal dan schriftelijk aan u worden meegedeeld.

Van de beslissing wordt u schriftelijk op de hoogte gesteld.

12.2 AWBZ-gerechtigdheid

Bij een geschil over uw inschrijving als AWBZ-verzekerde kunt u binnen zes weken nadat het geschil is ontstaan een bezwaarschrift indienen bij onze directie. De directie zal binnen één maand over de kwestie beslissen. Van de beslissing wordt u schriftelijk op de hoogte gesteld.

Wanneer u het niet eens bent met de beslissing van de directie, kunt u in beroep gaan bij de rechtbank. De directiebeslissing vermeldt de naam en het adres van de rechtbank en de termijn waarbinnen u in beroep moet gaan.

Keuzepolis

DVZ werkt bij identiteitsgebonden zorg samen met zorgverleners die handelen vanuit eerbied voor het leven. Die zorgverleners zijn vaak moeilijk te vinden. Met de DVZ Zorglijn helpen we de juiste zorg dichterbij te brengen. Denk bijvoorbeeld aan thuiszorg en psychologische hulp, aan palliatieve en terminale zorg. De Zorglijn is op werkdagen bereikbaar van 9.00 tot 17.00 uur. Het telefoonnummer is (071) 4026623.

Op de laatste pagina van deze verzekeringsvoorwaarden vindt u het vergoedingenoverzicht. In dit overzicht staan de vergoedingen met het daarbij behorende artikelnummer schematisch weergegeven. Het vergoedingenoverzicht maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden.

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder 'Achmea health' heeft u als DVZ verzekerde met een hoofdverzekering (niet zijnde een aanvullende verzekering) altijd recht.

Wij vergoeden de hierna genoemde medische kosten:

1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

- De verpleegkosten op basis van de 3e klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- de honorariumkosten van specialistische of kaakchirurgische hulp;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een ziekenhuisopname vooraf, of uiterlijk binnen 48 uur na opname, bij ons melden. Wanneer het gaat om plastische chirurgie moet u tenminste drie weken van tevoren goedkeuring aanvragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.
- Wanneer een ziekenhuisopname begint na 30 juni en eindigt in het daaropvolgende kalenderjaar passen wij slechts één keer het eigen risico toe op de kosten van deze ziekenhuisverpleging.

De Klassen Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname op basis van de derde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert.

U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering (2B).

Bent u klasse 2B verzekerd en wordt u opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vergoeden wij de kosten volgens de tarieven van die tweede klasse.

Indien de tweede klassenverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder € 35,- per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot een maximum van € 477,- per kalenderjaar. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

2 Overnachtingskosten van gezinsleden bij ziekenhuisopname

Keuzepolis Uitgebreid

Wanneer u langer dan 14 dagen aaneengesloten wordt opgenomen in een ziekenhuis dat verder dan 30 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij vanaf de vijftiende opnamedag:

- de overnachtingskosten van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. Wij vergoeden maximaal € 35,- per dag;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden per openbaar vervoer of per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,20 per kilometer.

Wij vergoeden aan overnachtings- en vervoerskosten tezamen maximaal € 341,- per polis per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

3 Nederlands Astma Centrum te Davos

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos wanneer behandeling in een astmacentrum in Nederland zonder succes heeft plaatsgehad, de verwijzing in overleg met zo'n centrum tot stand is gekomen en de verzekeraar de behandeling in Davos doelmatig acht.

4 Revalidatiedeeltijd- of dagbehandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden:

- de honorariumkosten;
- de bijkomende kosten.

U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

5 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden:

- de honorariumkosten van een medisch specialist of kaakchirurg;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.
- Ingeval van plastische chirurgie dient de behandeling te worden aangevraagd.

6 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de behandeling van een door ons gecontracteerd extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden het honorarium van de medisch specialist.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

7 Zelfstandig behandelcentrum

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

8 Orgaantransplantaties

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS);
- de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;

- de kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste 3 maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten van de donor mits de behandeling een rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van de transplantatie.

9 Nierdialyse

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, nierdialysecentrum of bij u thuis. Daarnaast kunnen wij bij thuisdialyse vergoeden:

- de kosten van voor de dialyse noodzakelijke bouwkundige voorzieningen aan uw woning;
- de kosten van inrichting van een ruimte in uw woning tot dialysevertrek;
- de kosten van bijkomende stroomvoorziening.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor thuisdialyse moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet een begroting van de kosten overleggen.
- Wij vergoeden de bouwkundige kosten tenzij u krachtens een wettelijke regeling een vergoeding kunt krijgen.

10 Leukemie bij kinderen

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

11 Overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van een overnachting in het gasthuis:

- bij de Dr. Daniël den Hoed Kliniek of bij het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, indien u een poliklinische behandelcyclus ondergaat in één van deze ziekenhuizen;
- bij het Academisch Ziekenhuis Groningen, nadat u een levertransplantatie hebt ondergaan.

Wij vergoeden maximaal € 35,- per nacht.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

12 Audiologisch centrum

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

13 Erfelijkheidsonderzoek

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek in een klinisch genetisch centrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.
- De ernst van de (verwachte) aandoening of afwijking alsmede het ontbreken van andere mogelijkheden om tot een diagnose te komen moeten dit onderzoek noodzakelijk maken.

14 Behandeling van psoriasis

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis

- in psoriasisdagbehandelingscentra. Wij vergoeden ten hoogste € 28,- per behandeling tot een maximum van 30 behandelingen per persoon per kalenderjaar, of
- door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis. Wij vergoeden de kosten van huur van de benodigde apparatuur tot een maximum van € 817,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

15 Huisarts

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden:

- de kosten van zorg verleend door een huisarts;
- de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de laboratoriumkosten alleen wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

16 Farmaceutische zorg

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, er bestaat een limitatieve lijst en voor vergoeding van sommige geneesmiddelen moeten wij u goedkeuring geven;
- dieetpreparaten, indien er sprake is van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis of een ernstige voedselallergie;
- verbandmiddelen, indien er sprake is van een ernstige aandoening en langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is;

overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen. Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij tot de vergoedingslimiet.

Voorwaarden voor vergoeding

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De kosten van geneesmiddelen die zonder recept bij een apotheek zijn te verkrijgen, komen in principe niet voor vergoeding in aanmerking. Voor een beperkte groep van deze geneesmiddelen geldt dat zij, wanneer zij zijn voorgeschreven door de behandelend arts, wel vergoed worden bij chronisch gebruik. Ook op deze beperkte groep geneesmiddelen is het GVS van toepassing.
- De kosten van apotheekbereidingen vergoeden wij alleen wanneer er sprake is van rationele geneesmiddelen therapie.
- De kosten van dieetpreparaten en verbandmiddelen vergoeden wij alleen wanneer wij vooraf onze goedkeuring hebben verleend.

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de ziektekostenverzekering. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van € 227,- per polis per kalenderjaar.

17 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden:

- de kosten van behandeling door een fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Na 24 zittingen fysiotherapie of oefentherapie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijk toestemming van ons hebben gekregen.

Keuzepolis Basis

Wij vergoeden 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Uitsluitingen

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt, zwangerschaps- of kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, ergotherapie, kunstzinnige therapie, zwemtherapie en acupunctuur.
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

18 Logopedie

Keuzepolis Basis

Wij vergoeden de kosten van 9 behandelingen per persoon, per kalenderjaar door een logopedist.

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.
- Na 12 zittingen logopedie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijke toestemming van ons hebben gekregen.

Uitsluiting

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard), en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van anderstaligheid.

19 Stottertherapie

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdorfermethode te Deurningen, of
- in het instituut 'De Pauw' te Lisse.

Wij vergoeden per persoon maximaal € 454,- voor de gehele duur van de verzekering.

20 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van zorg door een arts voor:

- homeopathie (tevens een klassiek homeopaat);
- flebologie;
- proctologie;
- natuurgeneeswijzen;
- moermantherapie;
- manuele therapie;
- acupunctuur (tevens een tandarts-acupuncturist);
- enzymtherapie.

Tevens vergoeden wij een:

- chiropractor;
- osteopaat.

Wij vergoeden per consult maximaal € 28,- van de kosten tot een maximum van 24 behandelingen per persoon per kalenderjaar voor alle geneeswijzen tezamen, voor zover de behandeling in Nederland heeft plaatsgevonden.

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van homeopathische geneesmiddelen. Wij vergoeden maximaal € 227,- per polis per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis)arts.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De fabrikant en de groothandelaar van de homeopathische geneesmiddelen moeten over een vergunning beschikken om deze geneesmiddelen op de markt te brengen.

21 Hulpmiddelen

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van:

- aanschaf van hulpmiddelen; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
 - hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven;
 - het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
 - reservehulpmiddelen;
- overeenkomstig de regeling Hulpmiddelen zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Wij vergoeden eveneens de kosten van huur van een elektrische motorslede, ter bevordering van het bewegingsvermogen na een operatieve ingreep in een gewricht.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven, waarbij we beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Voor veel hulpmiddelen kunt u gebruik maken van door ons gecontracteerde leveranciers. Als dit het geval is, geven wij dit bij onze toestemming aan.
- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximering of een gebruiksnorm.

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziektekostenverzekering. Wij vergoeden maximaal € 114,- per polis per kalenderjaar.

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (besparingsbijdrage) die u verschuldigd bent bij de aanschaf van semi-orthopedisch schoeisel, orthopedisch maatschoeisel en allergeenvrije schoenen.

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de abonnementskosten in verband met het gebruik van een alarmeringssysteem.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding van installatie- en huurkosten vanuit de regeling hulpmiddelen.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het systeem wordt geleverd door een leverancier waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

22 Plaswemaker

DVZ Extra Keuzepolis

- Wij vergoeden de kosten van een plaswemaker.
- Wij vergoeden maximaal € 100,- voor de gehele duur van de verzekering.

23 Verloskundige zorg en bevalling

Keuzepolis Basis

Bevalling in het ziekenhuis (medisch noodzakelijk).

Indien voor de bevalling een verblijf in het ziekenhuis medisch noodzakelijk mocht zijn, bestaat voor moeder en kind met ingang van de dag van de bevalling aanspraak op vergoeding van:

- de kosten van opname in de verzekerde klasse;
- de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten.

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting.

24 Kraamzorg

Keuzepolis Uitgebreid

- 24.1** Na bevalling heeft een vrouwelijke verzekerde recht op een geboorteutkering. De geboorteutkering betreft een bedrag van € 1.271,- voor de Keuzepolis (Uitgebreid).
- 24.2** Als u in een ziekenhuis of kraaminrichting wordt opgenomen, vergoeden wij de verpleeg- en bijkomende kosten voor verzekerde moeder en kind, mits voor de opname een medische indicatie aanwezig is. Brengt het ziekenhuis minder dan 8 opnamedagen in rekening dan ontvangt u van ons voor elke minder in rekening gebrachte dag, gerekend vanaf de dag van de bevalling, 1/8 deel van de geboorteutkering.
- 24.3** Wanneer een meeverzekerd kind in verband met borstvoeding bij de verzekerde moeder in het ziekenhuis verblijft, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed tot het kind de leeftijd van drie maanden heeft bereikt, indien en zolang wij voor de moeder vergoeding van verpleegkosten zijn verschuldigd.

25 Uitkering bij adoptie

Keuzepolis Uitgebreid

Nadat een geadopteerd kind is bijgeschreven in uw ziektekostenverzekering, krijgt u van ons een eenmalige uitkering van € 1.271,-.

26 Ziekenvervoer

Keuzepolis Basis

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance zowel naar als van:

- een ziekenhuis voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent.

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi, eigen auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent.

De kosten van vervoer per ambulance en taxi vergoeden wij volledig.

De vergoeding voor het vervoer per eigen auto bedraagt € 0,20 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer in Nederland indien en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen op de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.
- De declaratie van vervoer per taxi of eigen vervoer dient altijd vergezeld te gaan van de medische indicatie van de behandelend arts.

Op ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 45,- per polis per kalenderjaar.

27 Buitenland

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

27.1 Spoedeisende hulp

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland. Medische kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.

27.2 Dekking binnen Europa

Wij vergoeden de kosten van lid 1 van dit artikel gemaakt voor een tijdelijk verblijf van ten hoogste 12 maanden in landen binnen Europa, op Madeira, de Canarische eilanden, de Azoren en in de niet-Europese landen of niet-Europese delen van landen aan de Middellandse Zee, dan vindt vergoeding plaats tot maximaal de tarieven die volgens ter plaatse geldende normen algemeen in rekening plagen te worden gebracht. Er zal nooit meer worden vergoed dan de werkelijk gemaakte kosten.

27.3 Dekking buiten Europa

De kosten, zoals genoemd in lid 1 van dit artikel, gemaakt in landen die niet voorkomen op de in 27.2 genoemde opsomming, komen voor vergoeding in aanmerking voor een tijdelijk verblijf van ten hoogste 6 maanden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Ingeval van een ziekenhuisopname worden de kosten vergoed tot maximaal 365 dagen per ziektegeval.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Alarmcentrale EuroCross International.
- Kosten waaraan geen opname verbonden is, worden in beginsel rechtstreeks aan de verzekerde uitgekeerd.
- Medische kosten worden slechts vergoed, indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.

28 Repatriëring/vervoer stoffelijk overschot

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden :

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na vooraf via Alarmcentrale EuroCross International verleende goedkeuring.
- Het gebruik van vervoer per vliegtuig moet het redden van een leven en/of het verminderen van (te verwachten) invaliditeit beogen.

29 Interkuur

Keuzepolis Uitgebreid

Wij verlenen maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten van door Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreizen voor patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, te weten de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundig adviseur van Interkuur.

30 Herstellingsoorden

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden maximaal € 46,- per dag van opneming in door ons gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg. De vergoeding wordt uitgekeerd gedurende een periode van ten hoogste 21 dagen per 3 kalenderjaren. Wij vergoeden maximaal € 23,- per dag van opneming in een herstellingsoord dat lid is van de Federatie Evangelische Zorg Organisaties (FEO). De vergoeding wordt uitgekeerd gedurende een periode van ten hoogste 3 maanden per 3 kalenderjaren.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij beoordelen of het verblijf in een herstellingsoord medisch noodzakelijk is.

31 Podotherapie

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden 80% van de kosten tot maximaal € 114,- per persoon per kalenderjaar.

32 Elastische kousen/ steunzolen/ pushbrace

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden 80% van de kosten van:

- elastische kousen, eenmaal per kalenderjaar (indien klasse 1);
- steunzolen, naar gipsmodel of blauwdruk, eenmaal per 2 kalenderjaren.
De steunzolen moeten worden geleverd door een orthopedisch schoentechnicus in opdracht van de behandelend arts;
- pushbrace ten behoeve van de knie of enkel, eenmaal per 3 kalenderjaren.

33 Elektrische epilatie

DVZ Extra Keuzepolis

De kosten van elektrische epilatie in het gelaat bij vrouwen. U heeft recht op een vergoeding van 80% tot maximaal € 681,- per persoon voor de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming geven.

34 Manuele Lymfedrainage

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van manuele lymfedrainage door een huidtherapeut tot maximaal € 454,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming geven.

35 Cosmetische chirurgie

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien er sprake is van verminking als gevolg van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van cosmetische vorm- of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

36 Gezins hulp

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden maximaal € 3,- per uur voor ten hoogste 336 uren per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Hulp dient geleverd te worden door een erkende instelling.

37 Orthodontie

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden:

Aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van gebitsregulatie door een orthodontist of een tandarts.

Wij vergoeden maximaal € 1.589,- per persoon gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij dienen na voorafgaande schriftelijke aanvraag, inclusief een begroting van de te verwachten kosten, onze schriftelijke goedkeuring te hebben gegeven.

38 Tandheelkundige implantaten

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de honorariumkosten van de kaakchirurg voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak. De kosten van de implantaten en de daarbij komende techniekkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door de behandelend kaakchirurg.
- De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis.
- Er moet sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een passende prothese te maken is. Wij beoordelen of hiervan sprake is.

39 Tandheelkundige zorg jonger dan 18 jaar

Keuzepolis Uitgebreid

Vergoed worden alle kosten van tandheelkundige hulp voor personen jonger dan 18 jaar, tot een maximum van € 227,- per persoon per kalenderjaar.

Uitsluiting

De kosten die verband houden met een orthodontische behandeling, door een tandarts of een orthodontist verricht. Voor vergoeding inzake de orthodontist, verwijzen wij u naar artikel 37.

40 Tandheelkundige aanvullende polis vanaf 18 jaar (indien afgesloten)

DVZ Tandartspolis

Vergoeding van 75% van de tandartskosten tot maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar.

Niet vergoed worden de kosten van verzuimde afspraken, orthodontie, de meerprijs van witte vullingen, het bleken van tanden en kiezen en het opvullen van bij aanvang van de verzekering ontbrekende tanden en kiezen.

DVZ TandartsExtrapolis

Vergoeding van 75% van de tandartskosten tot maximaal € 681,- per verzekerde per kalenderjaar.

Niet vergoed worden de kosten van verzuimde afspraken, orthodontie, de meerprijs van witte vullingen, het bleken van tanden en kiezen en het opvullen van bij aanvang van de verzekering ontbrekende tanden en kiezen.

41 Tandheelkundige zorg - Kronen

DVZ Extra Keuzepolis

U heeft recht op vergoeding van 80% tot maximaal € 69,- van de kosten van maximaal twee elementen per kalenderjaar. Wij vergoeden slechts elementen die vallen onder code R20, R25, R26 of R27.

42 Tandheelkundige zorg – Gebitsprothese

DVZ Extra Keuzepolis

U heeft eenmaal per 5 kalenderjaren recht op vergoeding van:

- 80% van de kosten tot een maximum van € 114,- voor een volledige of partiële boven- of onderprothese;
- 80% van de kosten tot een maximum van € 227,- voor een volledige of partiële boven- en onderprothese.

43 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten van behandeling door een tandarts volledig.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten uitsluitend voor lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkende krachten de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

44 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van meerdere gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts/algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling;
- totale amelogenese imperfecta;
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereisen.
- U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

45 Orthodontie in bijzondere gevallen

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de volledige kosten van een orthodontische behandeling bij een kaakorthopedische afwijking:

- als direct gevolg van een lip-, kaak- of verhemeltespleet;
- in boven- of onderkaak, die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

46 Brillen/contactlenzen

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden eenmaal per 2 kalenderjaren de kosten van aanschaf van:

- brillenglazen, tot maximaal € 23,- per glas of
- contactlenzen, tot maximaal € 23,- per lens.

Voor kinderen tot 16 jaar is tussentijdse vervanging van brillenglazen mogelijk op advies van de oogarts.

47 Verpleging in een hospice

Keuzepolis Uitgebreid

Kosten van verpleging in een hospice t.b.v. een verzekerde, uitgezonderd degene die verblijft in een gezondheidsinstelling als bedoeld in het Besluit Aanwijzing Inrichtingen Wet Ziekenhuisvoorziening en of in een Bejaardenoord/Verzorgingstehuis als bedoeld in de Wet op de Bejaardenoorden, komen voor vergoeding in aanmerking tot maximaal € 114,- per etmaal gedurende maximaal 2 maanden indien;

- a een medische indicatie voor verpleging door zowel de behandelend arts als onze medisch adviseur aanwezig wordt geacht;
- b de verzekerde zich naar het oordeel van onze medisch adviseur in de laatste levensfase bevindt;
- c de hospice is aangesloten bij de Netwerk Palliatieve zorg voor Terminale patiënten Nederland (NPTN) en geen deel uitmaakt van bovengenoemde gezondheidsinstelling of bejaardenoord/verzorgingstehuis.

Voorwaarde voor vergoeding

Hulp dient geleverd te worden door een erkende instelling.

48 Kortdurende psychologische zorg

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van psychologische zorg tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of arbo-arts.

49 Gebitsregulatie (kaakorthopedie/orthodontie)

DVZ Extra Keuzepolis

Per persoon tot 18 jaar vergoeden wij maximaal € 454,- van de kosten van gebitsregulatie voor de gehele duur van de verzekering.

50 Huidtherapie

DVZ Extra Keuzepolis

Per persoon vergoeden wij voor maximaal € 91,- per kalenderjaar voor behandeling door een huidtherapeut.

Voorwaarde voor vergoeding

U dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te hebben.

51 Thuiszorg in plaats van ziekenhuisverpleging

Keuzepolis Uitgebreid

De kosten van thuisverpleging voor maximaal 60 dagen per persoon per kalenderjaar gedurende maximaal 8 uren per etmaal.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten uitsluitend wanneer door de thuisverpleging een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis wordt verkort of voorkomen.
- De thuiszorg moet door een gediplomeerd verpleegkundige of een bij de organisatie voor thuiszorg aangesloten ziekenverzorgende uitgevoerd worden.

52 Achmea health alarmcentrale

Achmea health

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in de artikelen 27 en 28 genoemde hulpverlening door de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International te Noordwijk;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

53 Korting bij opticien

Achmea health

Wij kunnen u nader informeren over de kortingsregeling die door Achmea health is afgesproken.

54 Korting op personenalarmering

Achmea health

U heeft recht op een korting op de huur en abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmeringssysteem van ActionLine.

55 Second opinion

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van second opinion door een medisch specialist of tandarts.

56 Kraampakket

Achmea health

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons een medisch kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

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

57 Uitleen verpleegartikelen

Achmea health

Wij vergoeden voor een periode van maximaal 6 maanden de huurkosten van medisch noodzakelijke artikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed.

58 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Achmea health

Wij vergoeden het gebruik van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendood. Wij vergoeden de kosten van huur van een monitor voor een periode van maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

59 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Achmea health

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

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A/B.

60 Preventieve onderzoeken

Achmea health

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatcancer.

61 Sportmedisch onderzoek

Achmea health

Wij vergoeden per persoon de volgende behandelingen in een sportmedische instelling:

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt € 11,-;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult en/of herhalingsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de federatie Sport Medische Instellingen.

62 Leefstijltrainingen

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen.

De eigen bijdrage die u verschuldigd bent, bedraagt € 102,- per training.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie bij mensen met stotterproblemen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

63 Preventieve cursussen

Achmea health

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot maximaal € 114,- per cursus per persoon per kalenderjaar.

Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health centrum of een thuiszorginstelling;
- hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr of een thuiszorginstelling;
- eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging.

Wij kunnen u informeren over de organisaties waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Daarnaast geven wij 25% korting op de schriftelijke cursussen:

- Lekker in je vel;
- Lekker gezond;
- Lekker slank.

Deze cursussen worden verstrekt door Achmea health.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

64 Voedingsvoorlichting

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal € 114,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland, of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- U moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.

65 Kuurcentrum

Achmea health

U heeft recht op een korting bij de volgende kuurcentra:

- Fontana te Nieuweschans;
- Thermaalbad Arcen te Arcen;
- Sanadome te Nijmegen;
- Thermae 2000 te Valkenburg;
- Kuurcentra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.

Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die tegen korting beschikbaar zijn.

66 Korting op fitness

Achmea health

U heeft bij de vestigingen van Ten Tije Fitness recht op een korting van:

- 50% op het (eenmalige) inschrijfgeld;
- 20% op de contributie;
- 25% op bepaalde cursussen. Wij kunnen u nader informeren over het aanbod aan cursussen waarvoor de korting van toepassing is.

67 Wachttijdbemiddeling

Achmea health

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan, waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u nagaan of de wachttijd bekort kan worden. Als er mogelijkheden tot het bekorten van de wachttijd zijn, proberen wij te regelen dat u eerder behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mogelijke oplossing moet vallen binnen de dekkingsvoorwaarden van uw verzekerde ziektekostenpakket.
- Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeginrichting) bij:
 - eerste polikliniekbezoek, van tenminste 3 weken;
 - dagbehandeling, van tenminste 4 weken;
 - ziekenhuisopname, van tenminste 6 weken.

Uitsluiting

Wachttijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

68 Care for Women

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van consulten van een overgangsconsulent tot maximaal € 114,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.