

Over de inhoud van dit boekje

Dit boekje bevat de (verzekerings)voorwaarden die betrekking hebben op:

- -Verzekeringsreglement Ziekenfondswet (ZFW) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
- Aanvullende Ziekenfondsverzekering (AV)
- Achmea health
- -Aanvullende Tandartskostenverzekering 'Tand Totaal Pakket' (TTP) en 'Tand Totaal Plus Pakket' (TTPP)

Alle verzekeringsvoorwaarden van deze verzekeringen staan in dit boekje.

Model: 27003-0102

INHOUDSOPGAVE	Pagina
In het kort:	
- Uw ziekenfondsverzekering en Groene Land Achmea	3
- Hoe bent u nu precies verzekerd?	3
- Aanvullende verzekeringen	3
- Aanmelden voor de aanvullende verzekeringen	4
- De administratie van uw ziekenfondsverzekering	4
- Richtlijnen voor uw ziekenfondsverzekering	4
- Vrije keuze van zorgverlener	4
- Gratis Servicepakketten	5
Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en AWBZ	6
Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen	14
Bijzondere Voorwaarden Aanvullende Ziekenfondsverzekering	18
Voorwaarden Achmea health	25
Bijzondere Voorwaarden Aanvullende Tandartskostenverzekering	28
Alfabetische woordenlijst	33

In het kort:

-Uw ziekenfondsverzekering en Groene Land Achmea

In dit boekje staat informatie over uw ziekenfondsverzekering bij Groene Land Achmea. U vindt niet alleen informatie over de ziekenfondsverzekering, maar ook over de aanvullende verzekeringen van Groene Land Achmea.

Groene Land Achmea doet er alles aan om de gezondheidszorg voor u zo goed mogelijk te organiseren. Daarvoor maken wij afspraken met praktisch alle zorgverleners en ziekenhuizen bij u in de buurt. Daarmee worden de kosten gedrukt en dat merkt u uiteindelijk in de premie die u betaalt voor uw verzekering.

Hoe bent u nu precies verzekerd?

In Nederland kennen we op de eerste plaats de AWBZ, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Als u zich inschrijft bij Groene Land Achmea, bent u (in principe) ook verzekerd voor de AWBZ. De AWBZ is een verzekering voor iedere

ingezetene. Onder de AWBZ valt onder andere de ouderenzorg, de zorg aan verstandelijk gehandicapten en bevolkingsonderzoek. Dit is allemaal wettelijk geregeld. Wat er allemaal in de AWBZ zit en hoeveel u daarvoor moet betalen wordt door de overheid bepaald. Meestal wordt de inkomensafhankelijke premie AWBZ via de belasting direct op uw pensioen of salaris ingehouden.

Voor nadere informatie verwijzen wij u naar het Zorgkantoor dat werkzaam is in uw woonplaats. Voor de regio's Drenthe, Zwolle en Flevoland kunt u het Zorgkantoor bereiken op telefoonnummer (038) 456 78 78.

Op de tweede plaats kennen we in Nederland de Ziekenfondswet. In de Ziekenfondswet staat wie aanspraak kan maken op deze wet. Bovendien staat in de wet wat verzekerd is. Zaken als het ziekenhuis, de medisch specialist, de huisarts en de apotheek worden in de Ziekenfondswet geregeld. In deze wet staat ook hoeveel u moet betalen voor het Ziekenfonds. De inkomensafhankelijke premie wordt ingehouden op

uw pensioen, uitkering of salaris. Alleen de zogenaamde 'nominale premie' betaalt u rechtstreeks aan Groene Land Achmea.

Op grond van zowel de AWBZ als de Ziekenfondswet zijn wij verplicht om uw softnummer op te nemen in onze administratie. Dit nummer mogen wij uitsluitend gebruiken voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

Als u zich niet via het ziekenfonds kunt verzekeren, moet u zich particulier verzekeren. Ook daarvoor kunt u bij Groene Land Achmea terecht.

Op de derde plaats kunt u zich aanvullend verzekeren. Dat is verstandig, omdat lang niet alles door de AWBZ of de Ziekenfondswet vergoed wordt. Groene Land Achmea heeft voor u een uitgebreide keuze aan aanvullende verzekeringen. Zo kunt u zich verzekeren voor belangrijke zaken als alternatieve geneeswijzen, orthodontie, fysiotherapie en de tandarts. Meer informatie over de aanvullende verzekeringen staat hieronder. De verzekeringsvoorwaarden staan ook in dit boekje.

Aanvullende verzekeringen

Om de ziekenfondsverzekering uit te breiden kunt u bij Groene Land Achmea kiezen voor aanvullende verzekeringen. Tezamen met de ziekenfondsverzekering heeft u dan de beste dekking tegen een lage premie.

U kunt kiezen uit de volgende aanvullende verzekeringen:

1 -De Aanvullende Ziekenfondsverzekering

Deze aanvullende verzekering geeft onder andere een vergoeding voor:

- alternatieve geneeswijzen;
- -camouflagetherapie en epilatiebehandeling;
- -brilmonturen/brillenglazen/contactlenzen;
- hoortoestellen;
- logeerhuizen;
- fysiotherapie/oefentherapie;
- orthodontie voor kinderen tot 18 jaar;
- -kronen, inlays en techniekkosten voor kinderen tot 18 jaar;
- kortdurende psychologische zorg;
- zorgverlening in het buitenland.

2 -De Aanvullende Tandartskostenverzekering

Deze verzekering bestaat uit 2 pakketten:

Het Tand Totaal pakket en het Tand Totaal Plus pakket.

Met het Tand Totaal pakket verzekert u de meest voorkomende behandelingen, zoals:

- vullingen;
- wortelkanaalbehandelingen;
- foto's;
- prothetiek (partiële-/frameprothese).

Naast het Tand Totaal pakket kunt u extra het Tand Totaal Plus pakket afsluiten. Het Tand Totaal Plus pakket geeft u een vergoeding voor de meer luxere voorzieningen, zoals:

- kronen;
- bruggen;
- het behandelen van kaakgewrichtsklachten;
- tandvlesbehandelingen.

De nota's van de tandarts/tandprotheticus worden alleen vergoed indien Groene Land Achmea een overeenkomst met de tandarts/tandprotheticus heeft afgesloten.

-Aanmelden voor de aanvullende verzekeringen

U kunt zich het beste aanmelden voor de aanvullende verzekeringen op het moment dat u zich bij ons inschrijft. Dan bent u direct goed verzekerd van alle medische zorg die voor u van belang is. Groene Land Achmea mag uw aanvraag medisch beoordelen.

-De administratie van uw ziekenfondsverzekering

De administratie van uw ziekenfondsverzekering is in handen van de groep Relatiebeheer Zorg. Een team dat van alle bijzonderheden rondom uw ziekenfondsverzekering op de hoogte is.

U kunt hen bereiken op telefoonnummer (038) 456 69 46.

Ook voor wijzigingen, zoals een verhuizing of een geboorte kunt u bij onze medewerkers terecht. Het is van belang dat u dat zo snel mogelijk aan ons doorgeeft.

-Richtlijnen voor uw ziekenfondsverzekering

De meeste nota's worden rechtstreeks door de zorgverlener bij Groene Land Achmea gedeclareerd. Hier merkt u niets van.

Ontvangt u toch een nota dan kunt u het volgende doen:

- 1 -De nota's die voor vergoeding in aanmerking komen stuurt u, onder vermelding van uw relatienummer, naar Groene Land Achmea.
- 2 -Wij kunnen uitsluitend de originele nota's in behandeling nemen.
- 3 -Heeft u de nota al betaald aan de zorgverlener, vermeld dan ook uw bank- of postbanknummer en dat u de nota reeds heeft betaald.

Vrije keuze van zorgverlener

U heeft zelf de keuze welke zorgverlener u wilt hebben. Dit houdt in dat u bepaalt welke huisarts, apotheek of tandarts in uw woonplaats het beste bij uw wensen past. Voor het ziekenhuis of de medisch specialist geldt dat ook, maar als u naar het ziekenhuis of de medisch specialist moet, is een verwijzing van uw huisarts noodzakelijk.

Als u verhuist of als u zich voor het eerst inschrijft bij Groene Land Achmea, dan kunt u de huisarts, apotheek of tandarts aan ons doorgeven. U kunt niet meer dan

één huisarts, apotheek of tandarts hebben. De zorgverlener dient een overeenkomst met Groene Land Achmea te hebben.

Relatiepas

Als u zich inschrijft bij Groene Land Achmea, ontvangt u een gratis relatiepas. Op deze pas staat uw relatienummer, dat u kunt gebruiken bij zorgverleners of in het buitenland. U hoeft dan niet uw polis overal mee naar toe te nemen. Draag daarom de pas altijd bij u.

Groene Land Achmea Recht

Mocht u ooit lichamelijk letsel oplopen, dan kunt u onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van kosteloos juridisch advies via Groene Land Achmea Recht. Voor eventuele nadere informatie verwijzen wij u naar de brochure Groene Land Achmea Recht.

Gratis Servicepakketten

Groene Land Achmea doet meer voor u. Naast de uitgebreide dekking, ontvangt u altijd 1 van de volgende gratis servicepakketten:

1 -Servicepakket voor niet aanvullend verzekerden

Dit servicepakket geeft een vergoeding voor:

- -Cursussen: U heeft de mogelijkheid om cursussen te volgen tegen een gereduceerde prijs. Nadere informatie kunt u verkrijgen bij de helpdesk van Achmea health (0900) 439 66 35.
- -Blessureconsulten: Krijgt u tijdens het sporten een blessure, dan kan uw arts u verwijzen naar een Sport Medisch Adviescentrum of naar een Sportgeneeskundige afdeling van een ziekenhuis. Wij vergoeden éénmaal per jaar een consult.
- (Kraam)verrassingspakket:

Vrouwelijke verzekerden die gaan bevallen hebben recht op een gratis kraamverrassingspakket.

- -Wachttijdbemiddeling: U heeft de mogelijkheid van wachttijdbemiddeling voor specialistische zorg en/of ziekenhuisopname indien er sprake is van een wachttijd die langer is dan:

3 weken voor een polikliniekbezoek;

4 weken voor een dagbehandeling;

6 weken voor een ziekenhuisopname.

Voor verdere informatie kunt u contact opnemen met de afdeling zorgbemiddeling, tel. (0522) 26 69 87.

- Hulpverlening van Alarmcentrale

EuroCross International: Bij tijdelijk verblijf in het buitenland (maximaal 6 maanden) bent u bij spoedeisende geneeskundige zorg verzekerd van steun van Alarmcentrale EuroCross International. Voor de vergoeding van eventuele medische kosten moet u een Aanvullende Ziekenfondsverzekering hebben.

De meest belangrijke vormen van hulpverlening zijn:

- garantiestelling en administratieve afhandeling bij ziekenhuisopname en overleg met de behandelend arts (iedere 48 uur);
- organiseren van het vervoer vanuit het buitenland naar Nederland;
- inlichten familieleden als u daartoe zelf niet in staat bent;
- organiseren van toezending medicijnen en hulpmiddelen;

- organiseren van communicatie tussen behandelend arts in het buitenland en de huisarts/medisch specialist in Nederland.

In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met EuroCross International, tel. (071) 364 62 00.

2 - Achmea health pakket voor aanvullend verzekerden

Achmea health ontwikkelt diensten op het gebied van leefstijl en gezondheid. Het pakket zal continu worden uitgebreid. In de voorwaarden Achmea health staan de diensten en vergoedingen waar u gebruik van kunt maken. Daarnaast ontvangt u een aantal keren per jaar het gratis Achmea health Magazine.

Voor nadere informatie of aanvragen inzake Achmea health diensten kunt u contact opnemen met de helpdesk, tel. (0900) 439 66 35 of via het e-mailadres, informatie@achmeahealth.nl.

VERZEKERINGSREGLEMENT

ZIEKENFONDSWET EN AWBZ

Artikel 1

Begripsbepalingen

1 In dit reglement wordt verstaan onder:

- a de zorgverzekeraar: de Onderlinge Waarborgmaatschappij Groene Land PWZ Zorgverzekeraar U.A., KvK nr. 04038100;
 - b de verzekering: de in de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregelde verzekeringen;
 - c de verzekerde: de bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde en, voor wat betreft de ziekenfondsverzekering, - tenzij het tegendeel blijkt - diens medeverzekerde(n);
 - d de nominale premie: de premie zoals bedoeld in artikel 17 Ziekenfondswet;
 - e de procentuele premie: de premie, zoals bedoeld in artikel 18 van de Ziekenfondswet, juncto artikel 14 Aanwijzingsbesluit verplicht verzekerden Ziekenfondswet;
 - f de zorgverlener: de natuurlijke of rechtspersoon die zorg verleent en met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst als bedoeld in artikel 9, lid 1 Ziekenfondswet en artikel 10, lid 1 AWBZ heeft gesloten.
- 2 Voor zover bij of krachtens de Ziekenfondswet of de AWBZ of de statuten van de zorgverzekeraar niet anders is of wordt geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar en de verzekerden met betrekking tot de verzekering door dit verzekeringsreglement en de daaruit voortvloeiende overeenkomsten bepaald.
- 3 Begrippen die voorkomen in de Ziekenfondswet en/of de AWBZ en/of de daarop gebaseerde regelgeving en in dat verband zijn omschreven, hebben - tenzij het tegendeel blijkt - bij gebruik in dit reglement dezelfde betekenis.
- 4 De bepalingen in dit reglement gelden zowel voor de verzekering krachtens de AWBZ als - voor zover van toepassing - de Ziekenfondswet, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven.

Artikel 2

Aanmelding en inschrijving

- 1 De aanmelding als verzekerde in de zin van de Ziekenfondswet geschiedt door inlevering van een volledig ingevuld en door de verzekerde ondertekend aanmeldingsformulier bij de zorgverzekeraar.
- 2 De zorgverzekeraar schrijft degene die zich aanmeldt, met zijn medeverzekerde(n) in, mits hij naar het oordeel van de zorgverzekeraar voldoet aan de bij of krachtens de Ziekenfondswet gestelde voorwaarden voor de verzekering en met inachtneming van het dienaangaande bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en het overige bij de statuten en dit reglement bepaalde.
- 3 Voor degene, die verzekerd is in de zin van de Ziekenfondswet en als zodanig bij de zorgverzekeraar is, dan wel wordt ingeschreven, geldt deze inschrijving tevens als inschrijving voor de toepassing van de AWBZ, voorzover de verzekerde voor de AWBZ verzekerd is.
- 4 De zorgverzekeraar schrijft degene die noch bij een ziekenfonds is ingeschreven, noch bij een ziektekostenverzekeraar is verzekerd, noch deelneemt aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren, op diens verzoek in als verzekerde ingevolge de AWBZ. Alvorens tot inschrijving ingevolge de AWBZ over te gaan beoordeelt de zorgverzekeraar of degene die wordt ingeschreven verzekerd is ingevolge de AWBZ.
- 5 De ingeschreven verzekerde ontvangt - mede ten behoeve van zijn medeverzekerden - van de zorgverzekeraar een bewijs van inschrijving. De verzekerde kan aan het bewijs van inschrijving geen aanspraken op verstrekkingen of vergoedingen ontlenen, indien niet (meer) aan de vereisten voor inschrijving in de verzekering wordt voldaan.

Artikel 3

Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

- 1 De inschrijving geldt voor een termijn van 1 kalenderjaar. Indien echter de inschrijving niet per 1 januari geschiedt loopt de eerste inschrijvingstermijn tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijving plaatsvond.
- 2 De inschrijving wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met een termijn van 1 kalenderjaar verlengd, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk 2 maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijke mededeling heeft ontvangen dat hij na afloop van die termijn de inschrijving niet wil verlengen.
- 3 Onverminderd hetgeen dienaangaande in de voorgaande leden 1 en 2, alsmede bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ is bepaald, beëindigt de zorgverzekeraar de inschrijving in de verzekering zonder dat daartoe een opzegging door de zorgverzekeraar is vereist:
 - a met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer aan de vereisten voor inschrijving voor de verzekering voldoet;
 - b terstond, indien de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar nalatig is, desverlangd schriftelijk, de inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar hem heeft gevraagd ten behoeve van een goede uitvoering van de verzekering,

waaronder een juiste vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid en de zorgverzekeraar het gerechtvaardigde vermoeden heeft dat niet langer aan de vereisten voor inschrijving wordt voldaan.

- 4 De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving als medeverzekerde in de verzekering:
 - a tegelijk met beëindiging van de inschrijving van de verzekerde op wiens verzekering de medeverzekering steunt;
 - b met ingang van de dag waarop de medeverzekerde niet meer voldoet aan de vereisten voor inschrijving als medeverzekerde;
 - c terstond, indien naar het oordeel van de zorgverzekeraar door of namens de medeverzekerde wordt nagelaten tijdig, desverlangd schriftelijk, inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar heeft gevraagd ten behoeve van een goede uitvoering van de verzekering, waaronder een juiste vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid en de zorgverzekeraar het gerechtvaardigde vermoeden heeft dat niet langer aan de vereisten voor inschrijving wordt voldaan.
- 5 Een beëindiging van de inschrijving op grond van een daartoe strekkende mededeling van de verzekerde, wordt door de zorgverzekeraar schriftelijk bevestigd.

Indien de inschrijving om andere reden een einde neemt, wordt dit door de zorgverzekeraar meegedeeld.
- 6 De verzekerde heeft het recht de inschrijving tussentijds te beëindigen in het geval dat het verzoek is ingediend binnen 2 maanden nadat de zorgverzekeraar de verzekerde mededeling heeft gedaan van een wijziging van de door hem verschuldigde nominale premie.

De inschrijving wordt dan beëindigd per datum dat de nominale premie wordt gewijzigd.

Artikel 4

Verplichtingen van de verzekerde

- 1 De verzekerde, alsmede de gewezen verzekerde, is verplicht:
 - a zo tijdig mogelijk en schriftelijk aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar behoeft voor een goede uitvoering van de verzekering en ook overigens de medewerking te verlenen die van hem mag worden verlangd voor een goede uitvoering van de verzekering;
 - b de verklaringen hem verstrekt ingevolge bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ gegeven voorschriften zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar te doen toekomen;
 - c de zorgverzekeraar terstond, doch uiterlijk in de week na die waarin deze zich voordeden schriftelijk in kennis te stellen van feiten of omstandigheden, welke tot beëindiging dan wel tot wijziging van de inschrijving en/of de hoogte van de premie kunnen leiden van hem of de medeverzekerden.
- 2 De verplichtingen bedoeld in het eerste lid hebben onder andere betrekking op:
 - a mutatiekaart, vragenformulieren en verzekeringsverklaring werkgever;
 - b verandering van werkgever, beëindigen van de dienstbetrekking en/of uitkering, wijziging van het inkomen;
 - c wijziging van woonplaats en adres;

d wijziging van gezinssamenstelling.

Artikel 5

Schadevergoeding

1 Onverminderd het bepaalde in het tweede lid van dit artikel en onverminderd het recht van de zorgverzekeraar de inschrijving te beëindigen, kan de zorgverzekeraar vergoeding vorderen van de schade, welke is geleden als gevolg van de omstandigheid, dat de verzekerde zich en/of zijn medeverzekerde(n) ten onrechte heeft doen inschrijven in de ziekenfondsverzekering, dan wel verzuimd heeft de zorgverzekeraar overeenkomstig het bepaalde in artikel 4, lid 1 onder c van dit reglement in kennis te stellen van het einde van zijn verzekering en/of die van zijn medeverzekerden.

De schade wordt in beginsel gesteld op een door het College voor Zorgverzekeringen vast te stellen bedrag, gebaseerd op de landelijke gemiddelde jaarlijkse ziektekosten per hoofd van de Bevolking in Nederland, berekend over de periode van onrechtmatige inschrijving.

- 2 Ten aanzien van degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde, ingeschreven in de ziekenfondsverzekering, kan de zorgverzekeraar de in het vorige lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan, indien de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.
- 3 Tenzij bij of krachtens de Ziekenfondswet anders is of wordt bepaald, is de zorgverzekeraar, ingeval de verzekerde nalatig is, de bedragen bedoeld in het eerste en tweede lid binnen een door de zorgverzekeraar te bepalen termijn te betalen, bevoegd de door de zorgverzekeraar te maken kosten voor invordering van deze bedragen inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de schadeplichtige verzekerde of gewezen verzekerde.

Artikel 6

Premievaststelling en premieheffing

- 1 De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem, en voor zijn medeverzekerde als bedoeld in artikel 4, lid 1 Ziekenfondswet, een nominale premie, waarvan de hoogte door de zorgverzekeraar wordt vastgesteld.
- 2 De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem en voor zijn medeverzekerde als bedoeld in artikel 4 lid 1 Ziekenfondswet, voor zover het daartoe bij of krachtens de Ziekenfondswet is aangewezen van de verzekerden van 65 jaar of ouder een procentuele premie, waarvan de hoogte bij of krachtens artikel 18 Ziekenfondswet wordt vastgesteld. Het inkomen waarover de verzekerde premie is verschuldigd, wordt bij of krachtens de wet vastgesteld.
- 3 De verzekerde is verplicht de premie in maandelijkse termijnen bij vooruitbetaling te voldoen. De vervaldatum is de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.
- 4 De zorgverzekeraar int de premie bij de verzekerde voor hem en zijn medeverzekerden.

- 5 De zorgverzekeraar stelt de verzekerde zo tijdig mogelijk in kennis van wijzigingen van de hoogte van de premie.

Artikel 7

Peildata premie

- 1a De zorgverzekeraar gaat voor het vaststellen van de premie uit van peildata.
- 1b De zorgverzekeraar kan in bijzondere gevallen van de onder a genoemde regel afwijken.
- 2 Als peildatum, bedoeld in het eerste lid onder a geldt iedere eerste dag van een kalendermaand te rekenen vanaf het tijdstip van de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering en zolang de inschrijving voortduurt. Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan 60 dagen na de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering geldt als peildatum iedere eerste dag van een kalendermaand te rekenen vanaf de zestigste dag voor die van de aanmelding en zolang het recht op inschrijving als verzekerde voortduurt.
- 3 De premie wordt berekend over een volledige kalendermaand. De peildatum is de eerste dag van de kalendermaand.
- 4 Het bepaalde in lid 1, onder a is niet van toepassing met betrekking tot degene die zich als ziekenfondsverzekerde aanmeldt met de bedoeling aanspraak te maken op een vergoeding van kosten van geneeskundige verzorging, bedoeld in het bepaalde bij en krachtens artikel 29 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering over een reeds beëindigde periode van verplichte verzekering ingevolge de Ziekenfondswet.

Artikel 8

Nominale premie verschuldigd

- 1 Voor de verzekering van een verzekerde is over eenzelfde periode slechts éénmaal nominale premie verschuldigd.
- 2 Voor de verzekering van degene die uit hoofde van meer bepalingen ingevolge de Ziekenfondswet is verzekerd, is een nominale premie Ziekenfondswet verschuldigd als ware hij uit hoofde van niet meer dan 1 bepaling verzekerd.
- 3 Ingeval van verandering van zorgverzekeraar worden door de nieuwe zorgverzekeraar bij de berekening van de nominale premie geen tijdvakken in aanmerking genomen, die door de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde voordien was ingeschreven, reeds volgens de regels die laatstbedoelde zorgverzekeraar toepast, in aanmerking zijn genomen.

Artikel 9

Verhoging nominale premie

- 1 Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan 60 dagen na de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering is de premie slechts verschuldigd vanaf de zestigste dag voor die van de aanmelding, met dien verstande dat in dat geval de zorgverzekeraar de premie over die 60 dagen kan verhogen. De verhoging bedraagt ten hoogste de op het tijdstip van aanmelding geldende nominale premie op jaarbasis.
Indien de vertraagde aanmelding als bedoeld in de vorige volzin tevens of uitsluitend de medeverzekerde als bedoeld in artikel 6, eerste lid

Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en AWBZ, betreft, wordt de verhoging voor deze medeverzekerden op overeenkomstige wijze berekend.

- 2 Het bepaalde in het eerste lid van dit artikel is eveneens van toepassing indien de inschrijving van de verzekerde plaatsvindt, zonder dat zijn verzekering op grond van de wet was geëindigd, op een dag later dan 60 dagen na het einde van een inschrijving bij een andere zorgverzekeraar.
- 3 Indien de verhoging wordt berekend over een periode langer dan 1 kalendermaand, stelt de zorgverzekeraar de verzekerde op diens verzoek in de gelegenheid het bedrag van de verhoging in termijnen te betalen. De vorige volzin is niet van toepassing indien naar het oordeel van de zorgverzekeraar kennelijk sprake is van bewust vertraagde aanmelding.

Artikel 10

Betaling premie

- 1 De verzekerde dient de premie bij voorkeur giraal te voldoen. Hij heeft daarbij de mogelijkheid de zorgverzekeraar machtiging te verlenen tot automatische incasso. De verzekerde kan zijn werkgever of de daarmee gelijk te stellen uitkerende instantie machtigen namens hem de premie aan de zorgverzekeraar te voldoen. Deze wijze van betalen laat de overige bepalingen van dit reglement onverlet.
- 2 Indien de zorgverzekeraar de premie bij de verzekerde incasseert, ontslaat het niet tijdig incasseren van de premie door de zorgverzekeraar de verzekerde niet van zijn verplichting tot tijdige premiebetaling.

Artikel 11

Nalatigheid bij betaling premie

- 1 Indien de verzekerde nalatig blijft de verschuldigde premie volgens de gestelde regels te betalen, kan de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag verhogen met administratiekosten, in en buiten rechte gemaakte invorderingskosten, alsmede de wettelijke rente.
- 2 De verhoging als bedoeld in het eerste lid kan eerst plaatsvinden nadat de verzekerde door de zorgverzekeraar schriftelijk is aangemaand de verschuldigde premie binnen een bij de aanmaning genoemde termijn te betalen en de verzekerde binnen die termijn de verschuldigde premie niet heeft betaald. De verhoging bedraagt tenminste EUR 2.
Bij de derde en de volgende aanmaningen bedraagt de verhoging tenminste EUR 22, welk bedrag wordt verhoogd met de over het bedrag verschuldigde BTW indien de incasso in handen is gegeven van derden.

Artikel 12

Schuldige nalatigheid bij betaling premie

Indien de verzekerde schuldig nalatig blijft de door hem verschuldigde premie volledig te voldoen kan de zorgverzekeraar de kosten van door hem of zijn medeverzekerden geldend gemaakte aanspraken op zorg geheel of gedeeltelijk op hem verhalen.

Artikel 13

Zorgaanspraken

- 1 De verzekerde heeft naar aard, inhoud en omvang en onder de voorwaarden bij of krachtens de Ziekenfondswet en dit reglement gesteld, aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in zijn geneeskundige verzorging, dan wel op een eventueel daarvoor in de plaats tredende uitkering in geld voor verstrekkingen die krachtens de wet zijn aangewezen.
- 2 De verzekerde heeft naar aard, inhoud en omvang en onder de voorwaarden bij of krachtens de AWBZ en dit reglement gesteld, aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in zijn geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. De zorg, als bedoeld in artikel 6, eerste lid van de AWBZ, wordt door de zorgverzekeraar als verstrekking aan de verzekerde verleend.

Artikel 14

Geldend maken van zorgaanspraken

- 1 De verzekerde die zijn aanspraak op zorg geldend wil maken wendt zich daartoe, naar vrije keuze, tot een persoon of instelling in Nederland met wie of waarmee de zorgverzekeraar tot dat doel een zogenoemde medewerkersovereenkomst heeft gesloten.
Daartoe maakt de verzekerde een keuze uit zorgverleners in zijn woonplaats of naaste omgeving die met de zorgverzekeraar tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten, met dien verstande dat de verzekerde voor zorg te verlenen door een huisarts, tandarts of apotheker behoudens in door de zorgverzekeraar te bepalen uitzonderingsgevallen, zich dient te wenden tot de huisarts, tandarts respectievelijk apotheker, op wiens naam hij staat ingeschreven.
De zorgverzekeraar verschafft informatie over namen en adressen van personen en instellingen met wie de zorgverzekeraar een medewerkersovereenkomst heeft gesloten.
- 2 Indien de verzekerde voor het geldend maken van zijn aanspraak op zorg zich wenst te wenden tot een persoon of instelling in Nederland met wie de zorgverzekeraar geen medewerkersovereenkomst heeft gesloten, kan de zorgverzekeraar daartoe vooraf toestemming verlenen, indien zulks voor de verkrijging van de in artikel 13 bedoelde zorg voor de verzekerde nodig is.
- 3 De verzekerde is verplicht om telkenmale als hij zich vervoegt bij een persoon of instelling, bedoeld in de vorige leden, deze aan te tonen door middel van een geldig bewijs van inschrijving dat hij als verzekerde bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.

Artikel 15

Zorgaanspraken in het buitenland

- 1 De verzekerde kan zich voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg vanuit Nederland wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend en zulks voor de - geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is.
- 2 De verzekerde kan zich voorts voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg in andere gevallen dan zoals bedoeld in het eerste lid wenden tot een

persoon of inrichting in het buitenland op de voorwaarden zoals bij en krachtens de wet bepaald.

- 3 De verzekerde dient voor het tot gelding brengen van zijn nota's van een apotheek, deze te voorzien van het voorschrift van de arts.

Artikel 16

Farmaceutische zorg

- 1 De verzekerde deelt bij de inschrijving aan de zorgverzekeraar mede op naam van welke apotheker, apotheekhoudende huisarts of instelling die farmaceutische zorg verleent, hij wenst te worden ingeschreven.
Daartoe maakt de verzekerde een keuze uit de zorgverleners uit de eigen woonplaats met wie de zorgverzekeraar tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.
- 2 De verzekerde kan een apotheekhoudende huisarts alleen dan als apotheker kiezen, indien hij deze ook als huisarts kiest.
- 3 Onverminderd het bepaalde in de tweede volzin van het eerste lid kan de verzekerde op zijn schriftelijk verzoek worden overgeschreven op naam van een andere zorgverlener voor zijn farmaceutische zorg.

Artikel 17

Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een zorgverlener tot wie de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraak ingevolge de Ziekenfondswet en/of AWBZ geldend te maken.

Artikel 18

Aansprakelijkheid van derden

- 1 Indien een derde voor de kosten, voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de ziekenfondsverzekerde, aansprakelijk is - anders dan krachtens een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenregeling of een overeenkomst, door de verzekerde met een andere (rechts)persoon gesloten - is de verzekerde verplicht ten genoegen van de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, een en ander onverminderd het bepaalde in de artikelen 83a, 83b en 83c Ziekenfondswet.
- 2 Wanneer bij een aan de ziekenfondsverzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een derde is betrokken, dient hiervan zo spoedig mogelijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij de zorgverzekeraar en de bevoegde politie-instantie. Van de aangifte bij de bevoegde politie-instantie kan - zo mogelijk na overleg met de zorgverzekeraar - worden afgezien indien deze aangifte redelijkerwijze geacht kan worden niet bij te dragen aan het verhaal door de zorgverzekeraar van de kosten op bedoelde derde.
- 3 De ziekenfondsverzekerde is verplicht alvorens met een derde of met degene, die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de verzekeraar van de

- derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met de zorgverzekeraar.
- 4 In geen geval mag de ziekenfondsverzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.
 - 5 Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de voorgaande leden, is de ziekenfondsverzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de zorgverzekeraar veroorzaakte schade.

Artikel 19

Verval vorderingsrecht

Tenzij bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ anders is of wordt bepaald, vervalt elke vordering, die de verzekerde uit hoofde van een in dit reglement genoemde verzekering jegens de zorgverzekeraar krijgt, indien zij niet binnen een jaar na haar ontstaan bij de zorgverzekeraar is ingediend. Het voorgaande lijdt uitzondering indien de verzekerde, naar het oordeel van de zorgverzekeraar, redelijkerwijze niet in staat was de vordering tijdig in te dienen. Het bepaalde in dit artikel heeft geen betrekking op aanspraken op verstrekkingen die de verzekerde uit hoofde van zijn verzekering tot gelding zou kunnen brengen.

Artikel 20

Wijziging reglement

Dit verzekeringsreglement kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden - gewijzigd, op de wijze zoals dat door de zorgverzekeraar in zijn statuten en/of huishoudelijk reglement is geregeld. Dit met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ.

Artikel 21

Niet geregelde gevallen

In niet in dit verzekeringsreglement geregelde gevallen, voor zover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ beslist de zorgverzekeraar.

Artikel 22

Geschillen

Voor het recht op vergoeding kan geen beroep worden gedaan op telefonische of mondelinge toezeggingen.

De zorgverzekeraar zal de verzekerde desgevraagd en voor zover nodig uit eigener beweging informatie verschaffen met betrekking tot klacht- en beroepsmogelijkheden.

Artikel 23

Privacy

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 Groene Land Achmea, afdeling WBP, Postbus 631, 8000 AP Zwolle.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Artikel 1

Begripsomschrijvingen

- 1 Maatschappij:
Achmea Zorgverzekeringen N.V., K.v.K. 28080300.
- 2 Verzekeringnemer:
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.
- 3 Verzekerde:
Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.
- 4 Fysiotherapeut:
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 5 Gezondheidszorgpsycholoog:
Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 6 Tandarts:
Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 7 Tandprotheticus:
Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 8 Adviserend tandarts:
De tandarts, die de maatschappij over de toelating tot de verzekering en over de medische doelmatigheid van de behandeling adviseert.
- 9 Orthodontist:
Een in Nederland gevestigde tandartsspecialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde en als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 10 Medisch adviseur:
De arts, die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.
- 11 Medische noodzaak:
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
- 12 Hoofdverzekering:
De verzekeringen zoals deze in de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geregeld zijn en waarvoor verzekerde is ingeschreven bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Groene Land Zorgverzekeraar U.A. gevestigd te Meppel of een andere bevoegde zorgverzekeraar.

Artikel 2

Algemeen

Iedere verzekerde is, behalve aan de bepalingen van de statuten, ook onderworpen aan de bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3

Grondslag van de verzekering

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier, alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens de grondslag voor de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit.

Verzwijging of onvolledig of onjuiste beantwoording van door of namens de maatschappij gestelde vragen kan voor de maatschappij aanleiding zijn zich op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen.

Artikel 4

Wijziging van het risico

De verzekeringsnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst ten spoedigste, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de maatschappij mee te delen.

Zodanige wijzigingen zijn onder meer:

- Het van kracht worden van een andere verzekering tegen ziektekosten dan ingevolge de Ziekenfondswet;
- Verhuizing van de verzekeringsnemer;
- Huwelijk;
- Geboorte;
- Overlijden.

Artikel 5

Ingang en opschorting van de verzekering

Het recht op vergoeding van ziektekosten vangt aan op het tijdstip, dat de verzekerde tot de betreffende dekking is toegelaten. Opschorting van de verzekering is niet mogelijk. Voor het Tand Totaal (Plus) pakket geldt een toelatingsprocedure.

Artikel 6

Beëindiging van de verzekering

1 -Bij beëindiging van de verzekering bestaat er geen recht meer op enige vergoeding. Opzegging van de verzekering is mogelijk indien de berichtgeving hieromtrent schriftelijk geschiedt en door

de maatschappij ontvangen is, uiterlijk 2 maanden voor afloop van de verzekeringsperiode of bij beëindiging van de Ziekenfondsverzekering.

2 De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere daarvoor in aanmerking komende verzekering op een door de maatschappij vastgestelde datum. De verzekeringsnemer wordt van de voorgenomen wijziging in kennis gesteld. Als hij niet instemt met de wijziging, dient hij dit schriftelijk aan de maatschappij te melden binnen 30 dagen nadat de wijziging ingaat. De verzekering eindigt dan op de dag waarop de wijziging ingaat.

Verzekeringnemer heeft niet het recht de wijziging te weigeren, indien de wijziging een verlaging van de tarieven en/of verbetering van de voorwaarden inhoudt, of wanneer er sprake is van een herziening van de premie en/of voorwaarden die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen of indien overheidsmaatregelen hiertoe aanleiding zijn.

Artikel 7

Boekjaar

Het boekjaar van de maatschappij is gelijk aan het kalenderjaar.

Artikel 8

Verplichtingen van de verzekerden

- 1 Alle door de maatschappij verlangde inlichtingen dienen zo spoedig mogelijk volledig, nauwkeurig en naar waarheid te worden verstrekt.
- 2 De verzekerde dient de voorschriften van zijn arts nauwkeurig op te volgen en in het algemeen dient dat te geschieden, wat voor een spoedige genezing bevorderlijk is en nagelaten te worden wat daarvoor nadelig is.
- 3 De verzekerde dient indien nodig medewerking te verlenen aan een geneeskundig controle-onderzoek door een medisch adviseur van de maatschappij.
- 4 De verzekerde dient na ontvangst de originele nota's ter afhandeling aan te bieden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Nota's dienen binnen 24 maanden na de op de nota vermelde behandeldatum te worden ingediend, daar anders aanspraak op uitkering vervalst.
- 5 De looptijd van de verzekering is onbepaald, tenzij de bijzondere voorwaarden anders vermelden.

Artikel 9

Verhaal

De verzekerde, of degene, die voor de verzekerde meent aanspraak te kunnen doen gelden jegens derden voor de kosten van ziekte en/of ongeval, is verplicht deze aanspraken over te dragen aan de maatschappij tot het bedrag dat de maatschappij, op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, dient uit te keren, vermeerderd met de kosten, ontstaan bij het geldend maken van deze aanspraken. De verzekerde is niet bevoegd zonder toestemming van de maatschappij enige maatregel in of buiten rechte te nemen jegens derden of met hen een schikking aan te gaan. Hij is verder verplicht zich te onthouden van alles wat de rechten van de maatschappij zou kunnen verkorten of schaden, dan wel de uitoefening van die rechten zou kunnen bemoeilijken.

Artikel 10

Betaling en wanbetaling

- 1 De verzekeringnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen uiterlijk op de dertigste dag nadat zij verschuldigd worden.
Indien de verzekeringnemer niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend voor gebeurtenissen die plaatsvinden op of na de dag waarop de (suppletie)premie en de kosten verschuldigd worden. Een ingebrekestelling is hiervoor niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde bedrag (inclusief rente en incassokosten) alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag nadat het verschuldigde bedrag aan de maatschappij is voldaan, tenzij de maatschappij binnen 14 dagen na ontvangst van het verschuldigde bedrag anders besluit. Indien het verschuldigde bedrag niet wordt voldaan, kan de maatschappij de verzekering beëindigen.
- 2 De maatschappij behoudt zich het recht voor het totaalbedrag van de verschuldigde betalingen te verrekenen met een te verstrekken uitkering ten

behoefte van de verzekeringsnemer. Aan verzekeringsnemer komt het recht niet toe om te verrekenen.

Artikel 11

Samenloop

- 1 Indien, zo de in de voorwaarden beschreven verzekeringen niet bestonden, aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze aanspraak pas in de laatste plaats geldig.
Dan zullen alleen die kosten vergoed worden welke het bedrag waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken te boven gaan.
- 2 Met inachtneming van de Ziekenfondswet respectievelijk de AWBZ geldt voor de aanvullende verzekeringen het volgende:
Bij samenloop van de verzekeringen bij de maatschappij worden rekeningen achtereenvolgens ten laste gebracht van de Ziekenfondsverzekering, respectievelijk de Aanvullende Tandartskostenverzekering, respectievelijk de Aanvullende Ziekenfondsverzekering.

Artikel 12

Geschillen

Voor het recht op vergoeding kan geen beroep worden gedaan op telefonische of mondelinge toezeggingen.

In gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de maatschappij, zo nodig na advies van een medisch adviseur. Nadat de maatschappij van de klacht in kennis is gesteld, kan de klacht tevens voor advies worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Artikel 13

Privacy

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 Groene Land Achmea, afdeling WBP, Postbus 631, 8000 AP Zwolle.

Artikel 14

Adres

Kennisgeving aan de verzekeringsnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.

BIJZONDERE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZIEKENFONDSVERZEKERING

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken en met inachtneming van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, bestaat aanspraak mits de verzekerde op de behandeldatum een Aanvullende Ziekenfondsverzekering heeft. Op de hierna genoemde rubrieken bestaat geen aanspraak op vergoeding van vervoerskosten, tenzij anders is bepaald.

Artikel 1

Ingang en acceptatie van de verzekering

- 1 Wanneer de Aanvullende Ziekenfondsverzekering tegelijkertijd met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, geschiedt de acceptatie op basis van non-selectie. De ingangsdatum van de Aanvullende Verzekering is dan gelijk aan de hoofdverzekering.
- 2 Indien de Aanvullende Ziekenfondsverzekering niet gelijktijdig met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, vindt acceptatie plaats op basis van selectie. De inschrijving vindt dan plaats per de eerste van de maand volgend op de datum binnenkomst van de aanvraag bij de maatschappij.
- 3 De verzekering moet worden aangegaan voor de hoofdverzekerde en zijn medeverzekerde(n).

Artikel 2

Looptijd van de verzekering

De inschrijving geldt voor een termijn van 1 kalenderjaar. Indien echter de inschrijving niet per 1 januari geschiedt, loopt de eerste inschrijvingstermijn tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijving plaatsvond. De verzekering wordt telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van 1 kalenderjaar.

Artikel 3

Machtiging

Op bepaalde vergoedingen en verstrekkingen bestaat slechts aanspraak indien vooraf een machtiging is verleend door de maatschappij.

Artikel 4

Vergoedingen

Vergoeding vindt plaats voor de kosten van:

- 1 Acnebehandeling
Vergoed worden, op verwijzing van een arts, de kosten van een acnebehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.
Eénmaal per 5 kalenderjaren wordt maximaal EUR 182 vergoed.
- 2 Alternatieve geneesmiddelen
Homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die wettelijk geregistreerd staan in de Homeopathie vergoedingenlijst (Z.index) worden vergoed als deze zijn verstrekt op voorschrift van een (alternatieve) arts.
Vergoeding vindt alleen plaats als de geneesmiddelen worden verkregen van een in Nederland gevestigde farmaceutische voorziening waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De maximale vergoeding bedraagt EUR 182 per verzekerde per kalenderjaar.
- 3 Alternatieve geneeswijzen
Vergoed worden de kosten van consulten en behandelingen van de hierna vermelde alternatieve geneeswijzen. De maximale vergoeding bedraagt

EUR 28,50 per dag. De maximale vergoeding bedraagt EUR 230 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding is dat de consulten en/of behandelingen worden uitgevoerd door een in Nederland bevoegde arts (a en b) of zorgverlener (c t/m h) die door de maatschappij is erkend.

- a antroposofische geneeskunde;
- b natuurgeneeskunde;
- c acupunctuur;
- d behandeling door een chiropractor;
- e haptotherapie;
- f (klassieke) homeopathie;
- g manuele geneeskunde;
- h osteopathie.

Informatie over erkende alternatieve genezers in uw omgeving kunt u telefonisch verkrijgen bij de afdeling Klanten Service Zorg, tel. (038) 456 79 79.

Indien de alternatieve arts tevens de huisarts is, worden de consulten en behandelingen niet vergoed.

4 Brillenglazen/contactlenzen

Vergoed worden de kosten van brillenglazen en contactlenzen van 4,25 dioptrieën of meer. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 69 per 3 kalenderjaren.

5 Brilmonturen

Vergoed worden de kosten van brilmonturen voor kinderen tot 16 jaar.

De vergoeding bedraagt maximaal EUR 23 per 2 kalenderjaren.

Voor verzekerden van 65 jaar en ouder is de vergoeding maximaal EUR 23 per 3 kalenderjaren.

Voor de aanschaf van zonnebrillen wordt geen vergoeding verleend.

6 Buitenlanddekking

Bij tijdelijk verblijf in het buitenland (maximaal 6 maanden) worden vergoed:

- a de kosten van spoedeisende geneeskundige zorg, op basis van de kostprijs (laagste verpleegklasse), indien deze behandeling(en) bij verblijf in Nederland zouden vallen onder de dekking van de Ziekenfondsverzekering of AWBZ;
- b de kosten van tandheelkundige zorg tot een bedrag van EUR 341, indien sprake is van acute pijn en/of acute problemen waarbij noodvoorzieningen moeten worden getroffen en de verzekerde tevens een Aanvullende Tandartskostenverzekering bij de maatschappij heeft afgesloten;
- c de kosten van ziekenvervoer vanuit het buitenland terug naar Nederland (reparatie), na toestemming van de maatschappij;
- d de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot terug naar Nederland.

Niet vergoed worden kosten die redelijkerwijs te voorzien waren bij vertrek naar het buitenland.

Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient direct overleg gepleegd te worden met de Achmea health Alarmcentrale (uitgevoerd door EuroCross International).

De meest belangrijke vormen van hulpverlening zijn:

- garantiestelling en administratieve afhandeling bij ziekenhuisopname en overleg met de behandelend arts (iedere 48 uur);
- organiseren van het vervoer vanuit het buitenland naar Nederland;
- inlichten familieleden als u daartoe zelf niet in staat bent;
- organiseren van toezending medicijnen en hulpmiddelen;
- organiseren van communicatie tussen behandelend arts in het buitenland en de huisarts/medisch specialist in Nederland.

De kosten worden alleen vergoed tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. Waarbij de nota's van een apotheek altijd voorzien dienen te zijn van het voorschrift van de arts.

De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekenkoers op de dag waarop de medische behandeling heeft plaatsgevonden.

Voor landen waarmee Nederland een verdrag heeft gesloten over het verstrekken van geneeskundige zorg wordt de koers vastgesteld door de Ziekenfondsraad.

7 Camouflagetherapie

Vergoed worden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, als deze therapie door een arts is voorgeschreven.

Voorwaarde is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 91 per kalenderjaar voor behandelingen en camouflagemiddelen tezamen.

8 Epilatiebehandeling

Vergoed worden de kosten van een epilatiebehandeling van ernstig storende haargroei in het gelaat bij vrouwen op verwijzing van huisarts of medisch specialist.

Voorwaarde is dat de elektrische epilatiebehandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft en dat de laserepilatiebehandeling wordt uitgevoerd door een laserkliniek die door de maatschappij is erkend.

De vergoeding bedraagt 75% van de kosten tot een maximum van EUR 681 voor de totale looptijd van de verzekering.

9 Farmaceutische zorg

Op aanvraag van huisarts of medisch specialist en na goedkeuring door de maatschappij kan vergoeding worden verleend voor een aantal geneesmiddelen welke niet vergoed worden krachtens de regeling Farmaceutische hulp zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.

De vergoeding wordt verleend voor een beperkt aantal middelen bij een aantal op diagnose gebaseerde indicaties.

De middelen waarom het gaat zijn bekend bij de huisarts, apotheek en medisch specialist.

10 Fysiotherapie/oefentherapie Cesar/Mensendieck

Vergoed worden de kosten van behandelingen op voorschrift van de huisarts of medisch specialist door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of Mensendieck als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit, de Besluiten oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, voorzover niet gedekt door de Ziekenfondsverzekering.

De vergoeding dient vooraf, ter goedkeuring, te worden aangevraagd bij de maatschappij.

De zorg moet worden verleend door een zorgverlener waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

De reiskosten worden vergoed op basis van openbaar vervoer (laagste klasse) of indien gebruik wordt gemaakt van eigen vervoer EUR 0,10 per kilometer.

11 Herstellingsoorden

Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage voor opname in een door de maatschappij erkend herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-herstellingsoord.

De maximale vergoeding bedraagt EUR 48 per dag gedurende maximaal 4 weken per kalenderjaar.

De reiskosten bij opname en ontslag kunnen worden vergoed op basis van openbaar vervoer (laagste klasse) of indien gebruik wordt gemaakt van eigen vervoer EUR 0,10 per kilometer.

Zowel de kosten van het verblijf in het herstellingsoord als de reiskosten moeten vooraf, ter goedkeuring, door een arts worden aangevraagd.

12 Hoortoestellen

Vergoed wordt, op medische indicatie en na voorafgaande toestemming door de maatschappij voor een geavanceerd hoortoestel, de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage bij aanschaf van een geavanceerd hoortoestel. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 182 voor een enkelvoudig hoortoestel en maximaal EUR 364 voor een dubbel hoortoestel.

Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor hoortoestellen welke vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen, zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.

13 Kortdurende Psychologische Zorg

Vergoed worden de kosten van een behandeling door een psycholoog. Maximaal worden 12 zittingen per 24 maanden vergoed. De maximale vergoeding bedraagt EUR 50 per zitting.

De volgende nadere voorwaarden zijn van toepassing:

- het moet gaan om acute, kortdurende individuele zorg die plaatsvindt in het kader van de behandeling door de huisarts;
- de behandeling kan alleen plaatsvinden na verwijzing door de huisarts;
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een psycholoog afgestudeerd in de psychologie en die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat;
- de vergoeding wordt rechtstreeks overgemaakt aan de psycholoog.

14 Mamma-prothesen

Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor een mamma-prothese.

Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor mamma-prothesen welke vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.

15 Manuele Lymfdrainage

Vergoed worden de kosten van manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem. De behandelingen moeten worden uitgevoerd door een huidtherapeut of manueel lymftherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De manuele lymfdrainage moet vooraf, ter goedkeuring, worden aangevraagd door een arts. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 454 per kalenderjaar.

16 Oefentherapie voor verzekerden met reuma

Vergoed worden de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water.

Voorwaarde voor vergoeding is dat men in groepsverband deelneemt onder leiding van een gediplomeerd fysiotherapeut of gediplomeerd Cesar/Mensendieck - therapeut.

De vergoeding bedraagt maximaal EUR 4 per keer, met een maximum van EUR 200 per kalenderjaar. De vergoeding wordt rechtstreeks overgemaakt aan de door de maatschappij erkende organiserende instantie.

17 Orthodontie voor kinderen

tot 18 jaar

Voor de looptijd van de verzekering wordt vergoed 75% van de kosten van orthodontische behandelingen door een tandarts of orthodontist. De vergoeding geldt voor maximaal 24 behandelingsmaanden, ongeacht het aantal zorgverleners dat de behandeling uitvoert.

De maand waarin de apparatuur wordt geplaatst, wordt gerekend als eerste behandelingsmaand.

Alleen de kosten van noodzakelijke extra behandeling die worden veroorzaakt door de overname van de behandeling door een andere behandelaar als gevolg van een verhuizing worden vergoed.

Van vergoeding is uitgesloten:

- vervanging apparatuur na onzorgvuldig gebruik;
- reparatie na onzorgvuldig gebruik;
- behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (afleren slechte gewoonten, bijvoorbeeld duimzuigen);
- toeslag voor keramische brackets, per bracket;
- niet nagekomen afspraken.

18 Orthodontie voor volwassenen

Voor de looptijd van de verzekering wordt vergoed 75% van de kosten van orthodontische behandelingen door een tandarts of orthodontist. De vergoeding geldt voor maximaal 24 behandelingsmaanden, ongeacht het aantal zorgverleners

dat de behandeling uitvoert. Vergoed worden de kosten van behandeling van ernstige orthodontische afwijkingen bij volwassenen.

De volgende voorwaarden zijn van toepassing:

- er moet sprake zijn van een gecombineerde kaakchirurgische (osteotomie) en orthodontische behandeling;
- vergoeding vindt plaats nadat de kaakchirurgische behandeling heeft plaatsgevonden;
- de afwijking en de aanvraag voor vergoeding moeten voor het 18e levensjaar bij de maatschappij bekend zijn;
- de verzekerde is bij aanvang van de behandeling niet ouder dan 24 jaar;
- de behandeling dient vooraf, ter goedkeuring, te worden aangevraagd bij de maatschappij.

19 Orthopedisch schoeisel

De door de verzekerde van 16 jaar en ouder verschuldigde eigen bijdrage voor orthopedische- of allergeenvrije schoenen wordt vergoed tot maximaal EUR 12 per schoen.

Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor orthopedische- of allergeenvrije schoenen welke vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.

20 Pedicurezorg

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of medisch specialist, de kosten van voetverzorging bij dreigende diabetische of reumatische voetproblemen. De behandeling moet worden gegeven door een pedicure waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De maximale vergoeding bedraagt EUR 21 per behandeling met een maximum van EUR 126 per kalenderjaar.

21 Plaswekker

Op verwijzing van huisarts of medisch specialist wordt na goedkeuring door de maatschappij een plaswekker in bruikleen verstrekt gedurende een periode van 3 maanden.

22 Podotherapie

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of medisch specialist, de kosten van voetbehandeling bij ernstige diabetische of reumatische voetproblemen. De behandeling moet worden gegeven door een podotherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De maximale vergoeding bedraagt EUR 135 per kalenderjaar.

23 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie

Voor verzekerden geldt bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie een vergoeding van 50% van de op basis van de hoofdverzekering wettelijk in rekening gebrachte eigen bijdrage.

Voorwaarde is dat de eigen huisarts of verloskundige zelf de bevalling leidt.

De eigen bijdrage kraamzorg wordt niet vergoed.

24 Pruiken

Indien de pruik vergoed wordt volgens de regeling Hulpmiddelen zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet, wordt deze vergoeding aangevuld tot maximaal EUR 341.

25 Psoriasis kuurbehandelingen

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of medisch specialist, de kosten van behandelingen tot maximaal EUR 1.248 per kalenderjaar bij ernstige psoriasis-aandoeningen in

a de volgende psoriasisdagbehandelingscentra in Nederland:

- Kuurcentrum Nieuweschans;
- Kuurdagbehandelingscentrum in Boekelo;
- Kuurpolikliniek Groningen;
- Skin Therapy Vema B.V. in Schagen en Vlaardingen.

Reiskosten worden niet vergoed.

- b het buitenland in de volgende behandelcentra:
- Kliniek Beau Reveil te Leysin, Zwitserland of
 - in een kliniek in Ein Bokek (Dode Zee), Israël.
- De vergoeding is inclusief reiskosten.

26 Reuma kuurbehandelingen

Vergoed worden, op aanvraag en na voorafgaande toestemming door de maatschappij, de kosten van behandelingen tot maximaal EUR 1.248 per kalenderjaar bij reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. Reiskosten worden niet vergoed. Alleen kuurreizen die worden georganiseerd door de Stichting Interkuur te Noordwijk komen voor vergoeding in aanmerking.

27 Ronald McDonald Huis, logeershuis / bezoekkostenregeling

Bij verpleging of poliklinische behandeling van de verzekerde of een (mee)verzekerd gezinslid in een ziekenhuis dat op minimaal 50 kilometer ligt van de woonplaats van de verzekerde worden vergoed:

- de kosten van het verblijf in een Ronald McDonald Huis of een logeershuis, verbonden aan een ziekenhuis;
- de reiskosten voor maximaal 1 bezoek aan een (mee)verzekerd gezinslid per dag. Het verzoek om vergoeding van de reiskosten dient schriftelijk te worden ingediend. De vergoeding voor de reiskosten is gebaseerd op de tarieven van het openbaar vervoer (tweede klas).

Voor vervoer per eigen auto geldt een vergoeding van EUR 0,10 per kilometer. Voor verblijf- en reiskosten geldt een eigen bijdrage van EUR 90.

28 Steunzolen

Vergoed wordt voor volwassenen éénmaal per 2 kalenderjaren en voor kinderen tot 16 jaar éénmaal per kalenderjaar, maximaal EUR 35 voor steunzolen naar blauwdruk, gipsmodel of schuimdoostechniek. De steunzolen dienen geleverd te worden door een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft, op voorschrift van de behandelend arts.

29 Stottertherapie

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts, behandel-, reis- en verblijfkosten van stottertherapie volgens de hierna genoemde methodes, tot maximaal EUR 454 per verzekerde voor de totale looptijd van de verzekering.

- BOMA-methode;
- Del Ferro-methode;
- Hausdörfer-methode.

30 Tandheelkundige zorg voor

kinderen tot 18 jaar

Vergoed wordt 100% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de officieel goedgekeurde tarieven (tenzij anders is aangegeven):

Inlays*

- R11 -eenvlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek
- R12 -tweevlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek
- R13 -drievlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek

Kronen* (inclusief noodvoorziening)

- R20 gegoten metalen kroon
- R25 -gegoten metalen kroon met opgebakken porselein
- R26 -jacketkroon met schouderpreparatie
- R27 -jacketkroon zonder schouderpreparatie
- R28 endokroon, indirect vervaardigd

Bruggen* en etsbruggen*

- R40 eerste dummy
- R45 -tweede en volgende in hetzelfde tussendeel
- R60 dummy zonder preparatie
- R61 dummy met preparatie
- R65 -toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel

Indirecte labiale veneering*

R78 -indirecte labiale veneering (schildje) zonder preparatie

R79 -indirecte labiale veneering (schildje) met preparatie

De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per

2 kalenderjaren. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging.

Techniekkosten kronen*, inlays*,
bruggen* en labiale veneeringen*

R00 -vergoeding techniekkosten van kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen, maximaal EUR 69 per element.

Solitair implantaat

I13/238045 -vergoeding plaatsing eerste solitair implantaat, maximaal EUR 454 per

2 kalenderjaren van de totale behandelingskosten. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging

-Overige kodes (geen vergoeding techniekkosten)

R32 -gegoten opbouw indirecte methode

R33 gegoten opbouw directe methode

R46 -intra-coronaire brugverankering, per anker

R74 -opnieuw vastzetten gegoten restauraties

R75 opnieuw vastzetten etsbrug

A10 -geleidings- en/of infiltratie anesthesie

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden die 1 keer per jaar het eigen gebit door de tandarts laten onderzoeken.

31 Therapeutische oorden voor gehandicapten

Vergoed wordt EUR 7 per dag per verzekerde gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar. Verzekerden die gehandicapt zijn en niet in een AWBZ-instelling verblijven, kunnen hiervoor in aanmerking komen.

De kosten van verblijf in oorden, die georganiseerd of verzorgd worden door instellingen waar men een dag of dagdeel verblijft (bijvoorbeeld onderwijsinstellingen) worden niet vergoed.

32 Therapeutische oorden voor kinderen

Vergoed wordt EUR 7 per dag per verzekerde gedurende maximaal 6 weken per kalenderjaar en is van toepassing op het verblijf in een therapeutisch oord voor:

- astmatische kinderen;
- kinderen die bijvoorbeeld lijden aan suikerziekte.

33 Thuisverzorging voor gehandicapten en chronisch zieken

Vergoed worden, op aanvraag door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten te Bussum en na voorafgaande toestemming door de maatschappij, de kosten van maximaal 15 zorgdagen per kalenderjaar voor vervangende zorg aan de verzekerde die gehandicapt of chronisch ziek is en die normaal gesproken thuis mantelzorg ontvangt. De maximale vergoeding bedraagt EUR 89 per zorgdag.

34 Uitgestelde kraamzorg/adoptiekraamzorg

Vergoed wordt aan vrouwelijke verzekerden maximaal 15 uur kraamzorg (conform de reguliere kraamzorg) als:

- de kraamzorg 10 dagen (of later) na de bevalling aanvangt (uitgestelde kraamzorg);

- bij feitelijke opname in het gezin het adoptiekind jonger is dan 1 jaar (adoptiekraamzorg).
De eigen bijdrage kraamzorg wordt niet vergoed. De kraamzorg moet worden verleend door een kraamcentrum waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 kalenderjaren. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging.

VOORWAARDEN ACHMEA HEALTH

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken en met inachtneming van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, bestaat aanspraak mits de verzekerde op de behandeldatum een Aanvullende Ziekenfondsverzekering heeft. Op de hierna genoemde rubrieken bestaat geen aanspraak op vergoeding van vervoerskosten, tenzij anders is bepaald. Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor behandelingen of kosten, gemaakt in het buitenland, met uitzondering van de vergoeding genoemd in artikel 1.

Artikel 1

Achmea health Alarmcentrale

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in artikel 4 lid 6 van de Bijzondere Voorwaarden Aanvullende Ziekenfondsverzekering genoemde hulpverlening door de Achmea health Alarmcentrale (uitgevoerd door EuroCross International);
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea health Alarmcentrale.
In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met de Achmea health Alarmcentrale, tel. (071) 364 18 50.

Artikel 2

Korting bij opticiens

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

Artikel 3

Korting op personenalarmering

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

Artikel 4

Second opinion

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

Artikel 5

Kraampakket

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 6

Uitleen verpleegartikelen

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.

Artikel 7

Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Wij vergoeden het gebruik van bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood. Wij vergoeden de kosten van huur van deze apparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 8

Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

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

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

Artikel 9

Preventieve onderzoeken

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal 1 keer per 24 maanden);
- prostaatcancer.

Artikel 10

Sportmedisch onderzoek

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

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt EUR 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 van Sport Medische Instellingen.

Artikel 11

Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal

1 leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De eigen bijdrage per training bedraagt EUR 102.

De volgende trainingen 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).

Artikel 12

Preventieve cursussen

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot maximaal EUR 114 per verzekerde per cursus 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 kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- EHBO, georganiseerd door een 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.

Artikel 13

Voedingsvoorlichting

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal EUR 114 per verzekerde 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.

Artikel 14

Kuurcentra

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.

Artikel 15

Korting op fitness

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.

Artikel 16

Wachttijdbemiddeling

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 polis.
- Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling/onderzoek en/of opname 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.

Artikel 17

Care for Women

Wij vergoeden 75% van de kosten van consulten van een overgangsconsulent tot maximaal EUR 114 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

BIJZONDERE VOORWAARDEN

AANVULLENDE TANDARTSKOSTENVERZEKERING

bestaande uit de onderdelen 'Tand Totaal pakket' en 'Tand Totaal Plus pakket'

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken bestaat aanspraak mits de verzekerde op de

behandeldatum een Aanvullende Tandartskostenverzekering heeft.

Artikel 1

Vergoedingen

Met inachtneming van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen vindt vergoeding plaats voor de volgende behandelingen:

TAND TOTAAL (plus) PAKKET

Artikel 2

Algemene bepalingen

Tand Totaal (Plus) Pakket

- 1 De dekking voor het Tand Totaal Pakket en Tand Totaal Plus Pakket geldt uitsluitend wanneer de verschuldigde premie voor deze verzekering door de verzekeringsnemer is voldaan.
- 2 De dekking voor het Tand Totaal Pakket en Tand Totaal Plus Pakket omvat de vergoedingen zoals omschreven in artikel 3; indien en zolang de behandeling tandheelkundig doelmatig is en niet onnodig kostbaar. Dit ter beoordeling aan de maatschappij.
- 3 De verzekering wordt aangegaan voor het lopende kalenderjaar en de 3 daarop volgende kalenderjaren en wordt telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van 1 kalenderjaar.

Wanneer het Tand Totaal (Plus) Pakket tegelijkertijd met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, is de ingangsdatum van het Tand Totaal (Plus) Pakket gelijk aan de ingangsdatum van de hoofdverzekering. Indien het Tand Totaal (Plus) Pakket niet gelijktijdig met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, vindt de inschrijving plaats per de eerste van de maand volgend op de datum binnenkomst van de aanvraag bij de maatschappij.

- 4 De aanmelding dient te geschieden op het daarvoor bestemde en door de maatschappij verstrekte aanvraagformulier. Voor de acceptatie van het Tand Totaal Pakket moet onder andere het gebit gesaneerd zijn. Ten behoeve van de acceptatie voor het Tand Totaal Plus Pakket kan een tandheelkundig keuringsrapport verlangd worden. De kosten van dit keuringsrapport (code C70) zullen na ontvangst hiervan worden vergoed, mits de verzekering wordt geaccepteerd door de maatschappij.

Artikel 3

Vergoedingen tandheelkunde

Van de tandartsnota's komen alleen die verrichtingen voor vergoeding in aanmerking waarvoor het College Tarieven Gezondheidszorg een maximum tarief heeft goedgekeurd.

De verzekering volgens het Tand Totaal Pakket en het Tand Totaal Plus Pakket geeft recht op vergoeding van de kosten van de hierna genoemde verrichtingen.

Tand Totaal Pakket (TTP) en Tand Totaal Plus Pakket (TTPP)

Vergoed wordt 100% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de officieel goedgekeurde tarieven (tenzij anders is aangegeven):

Rubrieken	TTP	TTPP
Consulten		
C21 consult inclusief kleine verrichting(en)	•	•
C25 specifiek consult	•	•
C30 eerste bezoek nieuwe patiënt	•	•
C81 weekenddienst	•	•
Röntgendiagnostiek		
X10 intra-orale foto: per opname	•	•
X21 orthopantomogram	•	
Restauraties door middel van plastische materialen (vullingen: amalgaam, composiet)		
V10 pitvulling	•	•
V11 eenvlaksrestauratie	•	•

V12	tweevlaksrestauratie	•	•
V13	drievlaksrestauratie	•	•
V14	kroon van plastisch materiaal	•	•
V20	etsen ten behoeve van composiet	•	•
V21	etsen in combinatie met etsbare onderlaag	•	•
Deelbehandelingen bij vullingen			
V40	het polijsten c.q. bijwerken van vullingen		•
V50	droogleggen van elementen door middel van cofferdam		•
V60	indirecte pulpa-overkapping		•
V70	parapulpaire stift		•
Pulpa- en wortelkanaalbehandelingen			
E10	wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal: guttapercha, zilverstift	•	•
E15	wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal: guttapercha, zilverstift		•
E20	wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal: pasta	•	•
E25	wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal: pasta	•	•
E50	het moeizaam verwijderen van oud wortelkanaalvulmateriaal of stift, per kanaal		•
E60	vitaalamputatie/partiële pulpotomie	•	•
E65	apexificatie	•	•
E76	initiële wortelkanaalbehandeling (tijdens waarneming)	•	•
E85	elektronische lengtebepaling 1 keer per element X (alleen in combinatie met code E10)	•	•
A10	geleidings- en/of infiltratie anesthesie (alleen in combinatie met wortelkanaalbehandelingen)	•	•
Esthetische behandelingen			
E90	inwendig bleken per element, eerste zitting		•
E95	inwendig bleken per element, elke volgende zitting		•

Rubrieken

TTP TTPP

Chirurgische ingrepen

H10	extractie	•	•
H15	extractie volgend element	•	•
H20	hechten per tandholte	•	
H21	kosten hechtmateriaal (alleen in combinatie met code H30)	•	•
H25	uitgebreid wondtoilet	•	•
H30	gecompliseerde extractie zonder mucoperiostale opklap	•	•
Gedeeltelijke prothetische voorzieningen en reparaties			
P10	partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, geen vergoeding Techniekkosten	•	•
P15	partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, geen vergoeding Techniekkosten	•	•
P34	frameprothese 1-4 elementen, maximaal EUR 114		•
P34	frameprothese 1-4 elementen, 100% honorarium, geen vergoeding techniekkosten		•
P35	frameprothese 5-13 elementen, maximaal EUR 114		•
P35	frameprothese 5-13 elementen, 100% honorarium, geen vergoeding techniekkosten		•
P51	rebasen partiële prothese/frameprothese indirect zonder randopbouw (techniekkosten maximaal EUR 21)	•	•
P52	rebasen partiële prothese/frameprothese indirect met randopbouw (techniekkosten maximaal EUR 21)	•	•
P53	rebasen partiële prothese/frameprothese direct zonder randopbouw (techniekkosten maximaal EUR 21)	•	•
P54	rebasen partiële prothese/frameprothese direct met randopbouw (techniekkosten maximaal EUR 21)	•	•
P56	tissue conditioning partiële prothese/frameprothese (techniekkosten maximaal EUR 21)	•	•
P57	reparatie van partiële prothese/frameprothese, zonder afdruk (techniekkosten maximaal EUR 16)	•	•

P58	reparatie van partiële prothese/frameprothese, met afdruk (techniekkosten maximaal EUR 16)	•	•
P79	uitbreiding van partiële prothese met element of anker, inclusief afdruk (techniekkosten maximaal EUR 16)	•	•
Volledige prothetische voorzieningen (machtiging noodzakelijk)			
Vergoed wordt 25% van de kosten van de onderstaande verrichtingen:			
P14	individuele afdruk met randopbouw	•	•
P17	extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur	•	•
P21	bovenprothese, inclusief techniekkosten	•	•
P25	onderprothese, inclusief techniekkosten	•	•
P27	reoccluderen	•	•
P28	naregistratie en remounten	•	•
P30	boven- en onderprothese, inclusief techniekkosten	•	•
P36	individuele afdruk zonder randopbouw	•	•
P37	frontopstelling in aparte zitting	•	•
P38	extra voor bepaling verticale beethoogte met behulp van specifieke apparatuur	•	•

Rubrieken	TTP	TTPP
------------------	------------	-------------

P39	extra voor bepaling neutrale zone	•	•
P40	prothesetarief, verhoogd met per immediaat te vervangen element	•	•
P41	extra voor relinen van alginaat-afdruk	•	•
P42	extra voor specifieke A-zone bepaling	•	•
P43	extra voor extra beetbepaling met waswallen	•	•
P78	uitbreiding van partiële prothese tot volledige prothese	•	•
P81	bovenprothese	•	•
P82	onderprothese	•	•
P83	boven- en onderprothese	•	•
Tevens komt voor vergoeding in aanmerking:			
I85	boven- en onderprothese, maximaal EUR 182 (op implantaten)	•	•
I87	onderprothese, maximaal EUR 91 (op implantaten)	•	•
003 P21	bijzondere tandheelkundige volledige bovenprothese, maximaal EUR 91	•	•
003 P25	bijzondere tandheelkundige volledige onderprothese, maximaal EUR 91	•	•
003 P30	bijzondere tandheelkundige volledige boven- en onderprothese, maximaal EUR 182	•	•

Precisie-verankering (geen vergoeding techniekkosten)

P29	extra te berekenen voor elk overkapt element (alleen in combinatie met volledige prothese)	•	•
P31	wortelkap met stift (alleen in combinatie met volledige prothese)	•	•
P32	extra per precisieverankering c.q. per staafhuis (alleen in combinatie met volledige prothese)	•	•

Solitair implantaat

I13/238045	Voor het plaatsen van een eerste solitair implantaat vergoeden wij maximaal EUR 454 per 2 kalenderjaren van de totale behandelings- kosten. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging		•
------------	--	--	---

Inlays*

R11	eenvlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
R12	tweevlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
R13	drievlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•

Kronen* (inclusief noodvoorziening)

R20	gegoten metalen kroon		•
R25	gegoten metalen kroon met opgebakken porselein		•
R26	jacketkroon met schouderpreparatie		•
R27	jacketkroon zonder schouderpreparatie		•
R28	endokroon, indirect vervaardigd		•

R29 roestvrijstalen kroon, kunstharsconfectie kroon •

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 kalenderjaren. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging.

Rubrieken

TTP TTPP

Bruggen* en etsbruggen*

R40 eerste dummy •
R45 tweede en volgende in hetzelfde tussendeel •
R60 dummy zonder preparatie •
R61 dummy met preparatie •
R65 toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel •

Directe labiale veneering*

V15 directe labiale veneering (schildje) • •

Indirecte labiale veneering*

R78 indirecte labiale veneering (schildje) zonder preparatie •
R79 indirecte labiale veneering (schildje) met preparatie •

Techniekkosten kronen*, inlays*, bruggen* en labiale veneeringen*

R00 vergoeding techniekkosten van kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen, maximaal EUR 69 per element •

Overige codes (geen vergoeding techniekkosten)

R31 opbouw plastisch materiaal •
R32 gegoten opbouw indirecte methode •
R33 gegoten opbouw directe methode •
R46 intra-coronaire brugverankering, per anker •
R74 opnieuw vastzetten gegoten restauraties •
R75 opnieuw vastzetten etsbrug •

Behandelingen van kaakgewrichtsklachten

G65 indirect planmatig inslijpen •
G62 occlusale spalk, inclusief techniekkosten •

Vergoeding van deze behandelingen vindt plaats na een uitgebreid functie-onderzoek (G01). De kosten van dit onderzoek komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Parodontale behandelingen (tandvleesbehandelingen)

Vergoed wordt 75% van alle door het College Tarieven Gezondheidszorg goedgekeurde T-codes inclusief eventuele techniekkosten volgens paroprotocol tot maximaal EUR 681 voor de looptijd van de verzekering. •
Anesthesie

A10 geleidings- en/of infiltratie anesthesie •
A15 oppervlakte-anesthesie •

De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 kalenderjaren. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging.

ALFABETISCHE WOORDENLIJST

Pagina Artikel

VERZEKERDENREGLEMENT ZIEKENFONDSWET EN AWBZ

Aanmelding en inschrijving	6	2-3
Aansprakelijkheid	12	17-18
Beëindiging van de verzekering	7	3
Buitenland	11	15
Farmaceutische zorg	11	16
Geschillen	13	22

Incassowijze	10	10
Inschrijvingstermijn	7	3
Nalatigheid	10	11-12
Nominale Premie Ziekenfondswet		
- vaststelling en premieheffing	8	6
- Verhoging	9	9
- Verschuldigd	9	8
Peildata	9	7
Privacy	13	23
Wijziging reglement	12	20
Zorgaanspraken	10	13-15

VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Aanvullende Tandartskostenverzekering	28 e.v.	
Aanvullende Ziekenfondsverzekering	18 e.v.	
Acnebehandeling	18	4.1
Adres	17	14
Alarmcentrale	19	4.6
Algemeen	14	2
Alternatieve geneesmiddelen	18	4.2
Alternatieve geneeswijzen	18	4.3
Betaling en wanbetaling	16	10
Bezoekkostenregeling	23	4.27
Boekjaar	15	7
Brillenglazen	19	4.4
Brilmonturen	19	4.5
Buitenlanddekking	19	4.6
Camouflagetherapie	20	4.7
Contactlenzen	19	4.4
Epilatiebehandeling	20	4.8
Farmaceutische zorg	20	4.9
Fysiotherapie/oefentherapie	20	4.10
Geschillen	16	12
	Pagina	Artikel
Grondslag	14	3
Herstellingssoorten	20	4.11
Hoortoestellen	20	4.12
Kortdurende Psychologische Zorg	21	4.13
Logeerhuis	23	4.27
Mamma-prothesen	21	4.14
Manuele Lymfdrainage	21	4.15
Oefentherapie voor verzekerden met reuma	21	4.16
Orthodontie voor kinderen tot 18 jaar	21	4.17
Orthodontie voor volwassenen	21	4.18
Orthopedisch schoeisel	22	4.19
Pedicurezorg	22	4.20
Plaswekker	22	4.21
Podotherapie	22	4.22
Poliklinische bevalling	22	4.23

Privacy	17	13
Pruiken	22	4.24
Psoriasis kuurbehandeling	22	4.25
Reuma kuurbehandeling	22	4.26
Ronald McDonald Huis	23	4.27
Samenloop	16	11
Steunzolen	23	4.28
Stottertherapie	23	4.29
Tandheelkundige zorg voor kinderen tot 18 jaar	23	4.30
Tandheelkundige kosten		
- Chirurgische ingrepen	30	3
- Consulten	29	3
- Deelbehandelingen bij vullingen	29	3
- Esthetische behandelingen	29	3
- Foto's	29	3
- Frameprotheses	30	3
- Implantaten	31	3
- Kaakgewrichtsklachten	32	3
- Kronen, inlays en bruggen voor volwassenen	31	3
- Parodontologie	32	3
- Protheses	30	3
- Restauratie	29	3
- Techniekkosten	32	3
- Verdovingen	32	3
- Wortelkanaalbehandeling	29	3

	Pagina	Artikel
Therapeutische oorden voor gehandicapten	24	4.31
Therapeutische oorden voor kinderen	24	4.32
Thuisverzorging voor gehandicapten en chronisch zieken	24	4.33
Uitgestelde kraamzorg/adoptiekraamzorg	24	4.34
Verhaal	16	9
Verplichtingen van de verzekerden	15	8
Verzekering:		
- Ingang en opschorting	15	5
- Beëindiging	15	6
Wijziging risico	15	4

VOORWAARDEN ACHMEA HEALTH

Alarmcentrale	25	1
Bewakingsapparatuur	25	7
Care for Women	27	17
Fitness	27	15
Kraampakket	25	5
Kuurcentra	27	14
Leefstijltrainingen	26	11
Opticiens	25	2
Personenalarmering	25	3
Preventieve cursussen	26	12
Preventieve onderzoeken	26	9

Second opinion	25	4
Sportmedisch onderzoek	26	10
Uitleen verpleegartikelen	25	6
Vaccinaties	26	8
Voedingsvoorlichting	27	13
Wachttijdbemiddeling	27	16