

Voorwaarden en vergoedingen

Particulier

ZorgActief -ZorgActief Extra -ZorgActief Top

Vragen en opvragen informatie?

Hebt u vragen of wilt u aanvullende informatie? Neemt u dan gerust contact op. Uw brief kunt u sturen aan

N.V. Interpolis Schade,

Postbus 13,

5000 AA Tilburg

U kunt ook bellen met **(0900) 476 96 74.**

Inhoudsopgave

<i>Inleiding</i>	<i>pagina 1</i>
<i>Begrippenlijst</i>	
<i>Algemene voorwaarden</i>	<i>pagina 3</i>
1 Over de aanmelding	<i>pagina 3</i>
2 Over ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering	<i>pagina 4</i>
3 Wat verwachten wij van u?	<i>pagina 4</i>
4 Over de vergoedingen	<i>pagina 5</i>
5 Wat vergoeden we niet?	<i>pagina 6</i>
6 Terrorisme	<i>pagina 6</i>
7 Uw eigen risico	<i>pagina 6</i>
8 Over de premie	<i>pagina 7</i>
9 Welke zorgverlener kiest u?	<i>pagina 7</i>
10 Wijziging van premie en voorwaarden	<i>pagina 8</i>
11 Klachten en verschillen van mening	<i>pagina 8</i>
12 Fraude	<i>pagina 8</i>
<i>Vergoedingen</i>	<i>pagina 9</i>

Inleiding

Voor u liggen de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Wat vindt u hierin terug?

- 1** Begrippenlijst
Wilt u weten wat we precies onder bepaalde begrippen verstaan? Dit kunt u als eerste in deze voorwaarden lezen.
- 2** De algemene voorwaarden
Vervolgens leest u wat de algemene voorwaarden zijn.
- 3** De vergoedingen
Vanaf pagina 8 leest u wat er vergoed wordt. In het overzicht ziet u op welke pagina we de vergoeding beschrijven en welke verzekering de vergoeding dekt.

Welke verzekeringen hebt u afgesloten?

Op uw verzekeringsbewijs staan de verzekering(en) die u hebt afgesloten. U hebt als verzekerde altijd recht op de vergoedingen die vallen onder 'Achmea health' de artikelen 56 tot en met 81.

Collectieve overeenkomst

Hebt u via een collectieve ziektekostenovereenkomst een verzekering afgesloten? Dan maakt de inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst deel uit van deze verzekering. Het kan zijn dat de voorwaarden die u hier leest in strijd zijn met die collectieve ziektekostenovereenkomst. In dat geval gelden de voorwaarden van de collectieve ziektekostenovereenkomst.

Begrippenlijst

In deze lijst vindt u de betekenis van een aantal begrippen die we in deze voorwaarden gebruiken. De begrippen staan op alfabetische volgorde.

Aanvullende (tandheelkundige) verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de basis ziektekostenverzekering.

Ambulance

Een vervoermiddel dat bedoeld is voor vervoer van zieken en ongevals slachtoffers. Het vervoermiddel is toegelaten volgens de Wet Ambulancevervoer.

Apotheker

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

Arts

Degene die volgens de Nederlandse wet bevoegd is om de geneeskunst uit te oefenen. Deze arts staat zo bij de bevoegde overheidsinstantie geregistreerd in het kader van de Wet BIG.

Audiologisch centrum

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

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bijkomende kosten

De neventarieven die een instelling volgens de Wet tarieven gezondheidszorg in rekening mag brengen.

CTG-tarieven

College Tarieven Gezondheidszorg stelt maximumtarieven vast. De Wet tarieven gezondheidszorg is hier de basis voor.

Dagverpleging

Bedverpleging in een ziekenhuis die korter duurt dan 24 uur. Vooraf is dan bekend dat de verpleging nodig is om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg te ondergaan.

Eigen risico

Het gedeelte van de kosten van zorg die (elk jaar) voor eigen rekening komen.

Eerstelijns psycholoog

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

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die in Nederland is gevestigd en voor wie artikel 34 van de Wet BIG geldt.

Fraude

Er is sprake van fraude als u onder valse voorwendselen of om een oneigenlijke reden of manier een vergoeding krijgt van ons of volgens een verzekeringsovereenkomst die u met ons heeft gesloten.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die in Nederland is gevestigd en die zo ook staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Geneeskundig adviseur

De arts die ons adviseert over medische zaken.

Gezin

Twee personen die zijn getrouwd of duurzaam samenwonen en hun kinderen. Dit zijn hun eigen ongehuwde kinderen of stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar. Het gaat om kinderen voor wie u recht heeft op:

- kinderbijslag;
- uitkering volgens de Wet op de studiefinanciering 2000 of volgens de Wet tegemoetkoming studiekosten;
- buitengewone lastenaf trek volgens de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die in Nederland is gevestigd en zo ook in het kader van de Wet BIG staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die in Nederland is gevestigd en voor wie artikel 34 van de Wet BIG geldt.

Huisarts

Een arts, die in Nederland in of dichtbij uw woonplaats is gevestigd en zo ook in het kader van de Wet BIG staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

Hulpmiddel

Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in het reglement Hulpmiddelen.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

De periode van 1 januari tot en met 31 december van hetzelfde jaar.

Klinisch genetisch centrum

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

Laboratoriumonderzoek

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

Logopedist

Een logopedist die in Nederland is gevestigd en voor wie artikel 34 van de Wet BIG geldt.

Medische noodzaak

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens overwegingen die algemeen erkend en medisch wetenschappelijk zijn.

Medisch specialist

Een arts, die in Nederland is gevestigd en is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck die in Nederland is gevestigd en voor wie artikel 34 van de Wet BIG geldt.

Orthodontist

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

Podotherapeut

Een podotherapeut die in Nederland is gevestigd en voor wie artikel 34 van de Wet BIG geldt.

Premie

Het geldbedrag dat u betaalt voor uw verzekering. Dit bedrag bestaat uit:

- Netto premie (ziektekostenverzekering)
Dit is het gedeelte van de premie dat u betaalt voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.
- Wettelijke bijdragen
De bijdragen die ieder van uw gezinsleden betaalt volgens de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ). De overheid stelt elk jaar de hoogte van dat bedrag vast.
- Bijzondere bijdragen
Als u buiten Nederland woont, betaalt u in sommige gevallen extra bijdragen. De hoogte van deze bijdragen wordt bepaald door de wettelijke regelingen of bepalingen die voor u gelden.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van:

- medische aard;
- specialistische aard;
- paramedische aard;
- gedragswetenschappelijke aard;
- revalidatietechnische aard.

Deze zorg wordt verleend door een team van verschillende deskundigen, onder leiding van een medisch specialist. Dit team moet zijn verbonden aan een instelling voor revalidatie die wettelijk is toegelaten.

StandaardPakketPolis

De ziektekostenverzekering die wij u volgens de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen verplicht moeten aanbieden.

Tandarts

Een tandarts die in Nederland is gevestigd en zo ook in het kader van de Wet BIG staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die in Nederland is gevestigd en is opgeleid volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Terrorismeschade

Schade als gevolg van:

- terrorisme;
- kwaadwillige besmetting;
- preventieve maatregelen;
- handelingen of gedragingen om terrorisme voor te bereiden.

U/uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering. Met 'u (verzekeringnemer)' bedoelen we de verzekeringnemer. Dat is degene die de verzekering heeft afgesloten.

Verloskundige

Een verloskundige die in Nederland is gevestigd en zo ook in het kader van de Wet BIG staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

Wet BIG

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

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zelfstandig behandelcentrum

Een inrichting die zieken onderzoekt en behandelt. De inrichting is in Nederland gevestigd en als zelfstandig behandelcentrum door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten.

Ziekenhuis

Een inrichting die zieken verpleegt, onderzoekt en behandelt. De inrichting is in Nederland gevestigd en als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten. Hieronder valt ook het Nederlands Astma Centrum in Davos (Zwitserland).

Ziekenhuisverpleging

Opname in een ziekenhuis die langer duurt dan 24 uur. Het gaat om opname voor verpleging en onderzoek en behandeling die op medische gronden alleen in een ziekenhuis mogelijk is. En waarbij onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg nodig is.

Ziektekostenverzekering

De privaatrechtelijke verzekering die u bij ons heeft gesloten voor ziektekosten, waarvoor wij het risico dragen.

Zorgkantoor

Het kantoor dat de uitvoering van de AWBZ voor een specifieke regio organiseert.

Zorgverlener

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

Algemene voorwaarden

art 1 | Over de aanmelding

Hoe schrijft u zich in voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen?

- 1.1 *Aanmelding ziektekostenverzekering en aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen*
 - 1.1.1 U (verzekeringnemer) vult het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in en ondertekent het.
 - 1.1.2 Wij kunnen de verzekering met terugwerkende kracht beëindigen als u (verzekeringnemer) tijdens de aanvraagprocedure:
 - gegevens verzwijgt;
 - onze vragen onjuist of onvolledig beantwoordt.
 - 1.1.3 Het aanvraagformulier en de gegevens die u voor een medische keuring verstrekt, maken deel uit van uw verzekeringsovereenkomst.
 - 1.1.4 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om uw persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea groep voor:
 - acceptatie van de aanvraag;
 - uitvoering van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
 - fraudepreventie.
 - 1.1.5 U (verzekeringnemer) hoeft geen aanvraagformulier in te vullen voor kinderen:
 - die tijdens de looptijd van de verzekering geboren;
 - die tijdens de looptijd van de verzekering wettig geadopteerd zijn.Voorwaarde is dat u uw kind(eren) binnen twee maanden na de datum van geboorte of adoptie bij ons aanmeldt. De inschrijving in de verzekering vindt dan plaats per de datum van de geboorte of adoptie. Bij adoptie van een buitenlands kind vindt inschrijving plaats per de datum van adoptie in het buitenland.

Benodigde documenten bij adoptie:

- Adoptie van een Nederlands kind: officieel bewijs van opneming in het gezin of overdracht van het kind;
 - Adoptie uit het buitenland: bewijs van overdracht door buitenlandse rechtbank, zo nodig met vertaling van beëdigd vertaler.
- 1.1.6 U moet alle gezinsleden voor dezelfde verzekering of verzekeringen aanmelden. Als de verzekeringsovereenkomst is gesloten, moeten de verzekering(en) blijven gelden voor alle gezinsleden. Dit geldt niet voor gezinsleden die:
- beroepsmilitair zijn;
 - verplicht zijn verzekerd bij een ziekenfonds;
 - bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
 - zijn verzekerd op een (Studenten)StandaardPakketPolis.
- 1.1.7 De verplichting die artikel 1.1.6 beschrijft geldt niet voor de aanvullende tweede klasseverzekering en de aanvullende tandheilkundige verzekeringen.
- 1.2 *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*
- 1.2.1 Als u een ziektekostenverzekering afsluit, toetsen wij automatisch of u recht hebt op uitkeringen volgens de AWBZ.
- 1.2.2 Voldoet u niet aan de voorwaarden van de AWBZ? Dan laten wij u dat in een brief weten.
- 1.2.3 Voldoet u wel aan de voorwaarden van de AWBZ en hebt u AWBZ-zorg nodig? Dan stuurt u uw aanvragen voor vergoedingen volgens de AWBZ naar het Zorgkantoor in uw regio. Het verzekeringsbewijs van uw ziektekostenverzekering is dan meteen uw bewijs van inschrijving voor de AWBZ.

art 2 | Over ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering

In dit artikel vindt u informatie over:

- de datum waarop uw verzekering ingaat en hoe lang uw verzekering duurt;
 - wanneer uw verzekering eindigt.
- 2.1 *Ingangsdatum en duur van uw verzekering*
- 2.1.1 Uw verzekering gaat in op de datum, die op uw verzekeringsbewijs als ingangsdatum staat vermeld.
- 2.1.2 Uw verzekering geldt voor één kalenderjaar. Als uw verzekering na 1 januari ingaat, geldt uw verzekering tot en met 31 december van het jaar dat daarop volgt.
- 2.1.3 Na afloop van de termijn van artikel 2.1.2 verlengen we uw verzekering automatisch telkens met één kalenderjaar.
- 2.1.4 Als u al een verzekering bij ons hebt afgesloten, kunt u die uitbreiden met aanvullende verzekeringen. Dat kan alleen nadat:
- wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan, en
 - u medisch bent beoordeeld.

- 2.1.5 U kunt uw verzekering wijzigen per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar. Gaat uw verzekering na 1 januari in? Dan geldt uw verzekering tot en met 31 december van het jaar dat daarop volgt. U kunt de verzekering alleen wijzigen nadat:
- wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan, en
 - u medisch bent beoordeeld.

2.2 *Einde van uw verzekering*

- 2.2.1 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen:
- door voor 1 december voor de aflooptdatum schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt dan per 1 januari;
 - door ons schriftelijk te laten weten niet akkoord te gaan met een verhoging van de premie of een beperking van de voorwaarden volgens artikel 10. Als u hebt opgezegd, kunt u de opzegging niet meer intrekken.
- 2.2.2 Moet u zich verplicht verzekeren bij het ziekenfonds of bij een publiekrechtelijke verzekering? Dan laat u (verzekeringnemer) ons dat schriftelijk weten. Zorgt u ervoor dat u een kopie van het inschrijvingsbewijs van uw nieuwe verzekering meestuurt. Uw verzekering eindigt dan op de datum die op het bewijs van inschrijving is vermeld. U ontvangt van ons een schriftelijke bevestiging zodra uw verzekering beëindigd is. Ontvangen wij het bewijs van inschrijving later dan 60 dagen nadat het ziekenfonds of de publiekrechtelijke verzekering het u heeft afgegeven? Dan beëindigen wij uw verzekering op de datum dat wij het bewijs van inschrijving ontvangen.
- 2.2.3 Wij mogen uw verzekering beëindigen als:
- achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - u zich blijvend in het buitenland vestigt;
 - wij aantonen dat u fraude hebt gepleegd; wij kunnen hiervan ook registratie doen in de signaleringssystemen die verzekeraars onderling erkennen;
 - u overlijdt;
 - u de bedragen die u ons moet betalen niet binnen 45 dagen na de vervaldag heeft betaald. In dit laatste geval bepalen wij op welk tijdstip uw verzekering eindigt.
- Wanneer wij uw verzekering beëindigen, laten wij u dat schriftelijk weten.
- 2.2.4 Uw verzekering eindigt per eerste van de maand waarin u 65 jaar wordt. Direct daarna verzekeren wij u op de StandaardPakketPolis.

art 3 | Wat verwachten wij van u?

Als verzekerde hebt u een aantal verplichtingen. Die leest u in dit artikel.

- 3.1.1 U bent verplicht al het mogelijke te doen om ons of onze geneeskundig adviseur de gewenste inlichtingen te geven.

- 3.1.2 Is iemand anders aansprakelijk voor kosten die u moet maken? Dan moet u ons zo goed mogelijk helpen om een schadevergoeding te krijgen van de aansprakelijke persoon. U moet onze schriftelijke toestemming vragen als u een regeling wilt (laten) treffen met degene die aansprakelijk is of met zijn of haar verzekeringsmaatschappij.
- 3.1.3 Als onze belangen worden geschaad doordat u deze verplichtingen niet nakomt, verliest u uw recht op vergoeding van kosten.
- 3.2 U meldt ons schriftelijk alle wijzigingen die van belang zijn voor de rechten en de plichten uit uw verzekering. U moet dat doen binnen twee maanden na die wijziging. Het gaat onder meer om deze wijzigingen:
- u gaat verhuizen;
 - u vestigt zich in het buitenland;
 - uw kind wordt geboren;
 - er komt een stief-, pleeg- of adoptiekind in uw gezin;
 - uw partner of andere leden van uw gezin overlijden;
 - u gaat scheiden of beëindigt uw samenlevingsverband;
 - u hebt een ander (post)banknummer;
 - u komt in een verplichte verzekering.
- Meldt u deze wijzigingen niet binnen twee maanden, dan gaan de wijzigingen pas in op de datum dat u ze aan ons meldt. Er geldt dan geen terugwerkende kracht.
- Wij sturen mededelingen naar het adres dat het laatst bij ons bekend was. Wij gaan er dan vanuit dat u de mededelingen ontvangt.

dat mogelijk is, verrekenen wij het bedrag dat u ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Zorgt u ervoor dat u (verzekeringnemer) dit bedrag op tijd terugbetaalt. Daarmee voorkomt u dat:

- wij het bedrag verhogen met administratiekosten en wettelijke rente;
- wij maatregelen moeten nemen om het bedrag te innen. De kosten hiervan zijn dan voor u (verzekeringnemer). Het gaat dan om buitengerechtigde en gerechtelijke kosten en gerechtelijke kosten. Deze kosten zijn minimaal 15% van het bedrag dat u aan eigen risico en eigen bijdragen verschuldigd bent;
- wij uw medische kosten pas weer vergoeden op het moment dat u het volledige bedrag van uw eigen risico en eigen bijdragen heeft betaald. Wij vergoeden dan alleen kosten die zijn gemaakt vanaf het moment dat u het volledige bedrag heeft betaald.

- 4.1.4 Zorgverleners die rechtstreeks bij ons declareren geven wij uw gegevens. Het gaat om:
- uw naam;
 - de straat en plaats waar u woont;
 - uw geboortedatum;
 - een omschrijving van de soort verzekering en de dekking.

De zorgverlener gebruikt deze gegevens alleen om vast te stellen bij welke zorgverzekeraar hij de nota('s) kan indienen.

art 4 | Over de vergoedingen

In dit artikel vindt u informatie over:

- de betaling van de vergoedingen;
- de voorwaarden voor vergoeding;
- uit welke verzekering wij de kosten vergoeden;
- de vergoeding van kosten die u in het buitenland maakt.

4.1 Betaling van de vergoedingen

- 4.1.1 Wij vergoeden de kosten aan u, behalve wanneer wij een contract hebben gesloten met de zorgverlener. U kunt ook op uw declaratieformulier aangeven dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener moeten betalen.
- 4.1.2 Zorgverleners waarmee wij een contract hebben gesloten, declareren de kosten van de zorg rechtstreeks bij ons. Dit betekent dat u geen nota meer ontvangt van uw zorgverlener.
- 4.1.3 Als wij kosten die u hebt gemaakt rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, betalen wij sommige zorgverleners het volledige bedrag van de declaratie. Dat is inclusief uw eigen risico en eigen bijdragen. In dat geval moet u het bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen aan ons terugbetalen. Als

4.2 Voorwaarden voor vergoeding

- 4.2.1 Wij vergoeden alleen kosten die u maakt zolang de verzekering duurt.
- 4.2.2 U hebt geen recht op vergoeding, als wij aantonen dat u fraude heeft gepleegd. Dat geldt ook voor de declaraties waarvoor u geen onjuiste gegevens heeft verstrekt of geen verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven. Bovendien kunnen we uitgekeerde vergoedingen en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.
- 4.2.3 De datum waarop de zorg is verleend, is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.
- 4.2.4 U moet originele en duidelijk gespecificeerde nota's naar ons sturen. De zorgverlener moet de nota's op zijn naam uitschrijven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.
- 4.2.5 U stuurt de nota's zo snel mogelijk naar ons toe. U doet dat in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling plaatsvond. Anders vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 4.2.6 In ons bezit blijven de nota's die:
- wij helemaal of voor een deel vergoeden;
 - wij verrekenen met uw eigen risico.

- 4.2.7 Wij betalen u de medische kosten op basis van het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken. Als we geen tarief hebben afgesproken, vergoeden wij de kosten op basis van het rechtsgeldige tarief.
- 4.2.8 Wij vergoeden alleen de kosten van behandelingen, die medisch noodzakelijk zijn, tenzij anders bepaald.
- 4.3 *Welke verzekering vergoedt het?*
Hebt u meerdere verzekeringen bij ons? Dan beoordelen en vergoeden we de nota's eerst op basis van uw ziektekostenverzekering. Daarna op basis van uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering.
- 4.4 *Kosten in het buitenland*
- 4.4.1 Bent u in het buitenland (mede) voor een medische behandeling? Dan vergoeden wij deze behandeling alleen als wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- 4.4.2 Nota's van buitenlandse zorgverleners vergoeden we in euro's volgens de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

- 4.5 *Samenloop*
Indien u - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade of kosten op grond van een andere verzekering, al dan niet van een oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In een dergelijk geval vergoeden wij alleen die schade die het bedrag waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken te boven gaat.

art 5 | Wat vergoeden we niet?

In dit artikel leest u welke kosten we niet vergoeden.

- 5.1 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met een ziekte of afwijking:
- die u al had en waarvan u al wist dat u die had; of
- waarvan u al klachten ondervond, voordat u bij ons een verzekering afsloot en die u niet op het aanvraagformulier heeft vermeld. Dit geldt ook bij uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse.
- 5.2 Wij vergoeden geen kosten als gevolg van:
- atoomkernreacties; dit geldt niet als de radioactieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging;
- gewapend conflict;
- burgeroorlog;
- opstand;
- binnenlandse onlusten.
- 5.3 Wij vergoeden geen kosten van eigen bijdragen volgens de AWBZ. Dit geldt niet als in een van de verzekeringen uitdrukkelijk staat dat wij die kosten wel vergoeden.

- 5.4 Wij vergoeden geen kosten van:
- celtherapie;
- chelatietherapie;
- keuringen;
- het afgeven van doktersverklaringen.
- 5.5 Wij vergoeden geen kosten van psychiatrische zorg.

art 6 | Terrorisme

De kosten die het gevolg zijn van terrorisme vergoeden wij tot de uitkering zoals het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. die omschrijft. Deze clausule en het Protocol dat daarbij hoort maken deel uit van deze polis. Wilt u die stukken ontvangen? Stuur u dan een brief. U kunt ook bellen.

art 7 | Uw eigen risico

In dit artikel leest u onze regels over uw eigen risico.

- 7.1 Uw eigen risico staat vermeld op het verzekeringsbewijs.
- 7.2 Uw eigen risico geldt alleen voor uw ziektekostenverzekering en niet voor uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering.
- 7.3 Uw eigen risico geldt voor één kalenderjaar en is afhankelijk van de samenstelling van uw gezin.
- 7.4 Als uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, verminderen we uw eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid van het aantal maanden dat er nog in dat jaar is.
- 7.5 Als u uw verzekering in de loop van het kalenderjaar beëindigt, heeft dat geen invloed op de hoogte van uw eigen risico in dat kalenderjaar. Dit geldt niet als wij u direct na de beëindiging van die verzekering op de StandaardPakketPolis verzekeren. In dat geval verminderen we uw eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid van het aantal maanden dat er nog in dat jaar is.
- 7.5 Wij vergoeden alleen uw ziektekosten nadat het bedrag van uw eigen risico is bereikt. Uw eigen risico geldt ook voor vergoedingen waarvoor een maximum geldt.
- 7.6 *Wijziging van uw eigen risico*
- 7.6.1 U kunt uw eigen risico elk jaar per 1 januari wijzigen.
- 7.6.2 Een verlaging van uw eigen risico is pas mogelijk als wij daarmee akkoord gaan. Daarvoor voeren we een medische beoordeling uit.

art 8 | Over de premie

In dit artikel vindt u:

- informatie over de hoogte van uw premie;
- informatie over de wettelijke bijdragen voor de ziektekostenverzekering;
- hoe u uw premie betaalt;
- wat de gevolgen zijn als u niet op tijd betaalt en een betalingsachterstand hebt;
- wat er met uw premie gebeurt als uw verzekering wijzigt of eindigt.

8.1 De hoogte van uw premie

8.1.1 Op uw verzekeringsbewijs vindt u de hoogte van de premie voor:

- de ziektekostenverzekering;
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering;
- de wettelijke bijdragen.

8.1.2 De hoogte van de premie voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen stellen wij vast. De hoogte is afhankelijk van:

- de samenstelling van uw gezin;
- de hoogte van uw eigen risico;
- de regio waarin u woont;
- uw leeftijd.

Als uw premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie vanaf de eerste dag van de maand die daarop volgt. Als u 20 of 65 jaar wordt, wijzigen de wettelijke bijdragen vanaf de eerste dag van de maand waarin u die leeftijd bereikt.

8.2 Het betalen van de premie

8.2.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie te betalen.

8.2.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie vooruit.

8.2.3 De premie die we van u (verzekeringnemer) ontvangen, brengen we eerst in mindering op het premiebedrag dat het langst openstaat.

8.2.4 U (verzekeringnemer) mag geen premie verrekenen met vergoedingen die u (verzekeringnemer) van ons moet ontvangen.

8.3 Niet op tijd betaald

8.3.1 Zorg dat u (verzekeringnemer) de premie op tijd betaalt. Daarmee voorkomt u (verzekeringnemer) dat u geen recht hebt op vergoedingen uit de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering. Dit geldt vanaf de dag waarop u (verzekeringnemer) de premie had moeten betalen. U hebt weer recht op vergoeding van medische kosten vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de premie helemaal hebt betaald. Wij betalen dan alleen:

- kosten die u niet kon verwachten;
- kosten die u (verzekeringnemer) hebt gemaakt nadat u (verzekeringnemer) de achterstallige premie helemaal heeft betaald.

8.3.2 U (verzekeringnemer) blijft verplicht achterstallige premie te betalen. Deze verplichting geldt ook als iemand anders uw (verzekeringnemer) premie betaalt.

8.3.3 Wij verrekenen achterstallige premie die u (verzekeringnemer) nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons hebt gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen.

8.3.4 Als wij de achterstallige premie niet kunnen verrekenen met schadekosten, verhogen wij het bedrag dat u (verzekeringnemer) verschuldigd bent met administratiekosten en de wettelijke rente.

8.3.5 Als wij maatregelen moeten nemen om achterstallige premie te innen, zijn de buitengerechtigde en gerechtelijke kosten daarvan voor u (verzekeringnemer).

8.4 Premiebetaling bij begin, wijziging of einde van de verzekering

8.4.1 Gaat uw verzekering niet op de eerste dag van de maand in? Dan betaalt u premie vanaf de dag dat uw verzekering ingaat.

8.4.2 Eindigt uw verzekering niet op de eerste dag van de maand? Dan heeft dit gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie per beëindigingsdatum.

8.4.3 Wijzigt uw verzekering niet op de eerste dag van de maand? Dan heeft dit pas vanaf de eerste dag van de volgende maand gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie.

8.4.4 Eindigt uw verzekering omdat u verplicht wordt verzekerd bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren? En hebt u (verzekeringnemer) premie vooruit betaald? Dan betalen wij uiteraard het bedrag terug dat u (verzekeringnemer) tot de dag dat u wordt uitgeschreven te veel hebt betaald. Hebt u (verzekeringnemer) recht op teruggave van premie die u (verzekeringnemer) dubbel hebt betaald voor een particuliere én een ziekenfondsverzekering? Dan betaalt het ziekenfonds de particuliere premie aan u (verzekeringnemer) terug.

art 9 | Welke zorgverlener kiest u?

U bent vrij in de keuze van zorgverlener.

Dit geldt niet als wij voor bepaalde medische zorg met zorgverleners hebben afgesproken dat alleen zij u mogen behandelen voor de prijs die wij met hun hebben afgesproken. In dat geval bent u verplicht gebruik te maken van de diensten van deze zorgverleners. Wij vermelden dit bij de betreffende vergoeding. Als u de namen en adressen van deze personen en instanties wilt ontvangen, kunt u ons dit laten weten. U stuurt een brief of belt.

Maakt u gebruik van een zorgverlener waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt? Dan kan de vergoeding lager zijn. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen.

art 10 | Wijziging van premie en voorwaarden

In dit artikel leest u:

- Wat u kunt doen als u niet akkoord gaat met een wijziging.
 - voor wie een wijziging van de premie en voorwaarden geldt;
 - wanneer u een wijziging niet mag weigeren.
- 10.1 Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen die bij ons lopen en bloc dan wel groepsgewijs wijzigen. De wijziging gaat in op de datum die wij vaststellen.
- 10.2 Een verhoging van de premie of beperking van de vergoedingen, geldt ook voor u als u al bij ons was verzekerd.
- 10.3 Bent u het niet eens met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden? En wilt u (verzekeringnemer) de verzekering beëindigen? Laat ons dat dan schriftelijk weten binnen 30 dagen nadat wij de wijziging bekend hebben gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- 10.4 U mag de wijziging niet weigeren als:
- de premieverhoging 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.

art 11 | Klachten en verschillen van mening

Natuurlijk doen we er alles aan om u van dienst te zijn. Maar het kan gebeuren dat u niet tevreden bent. Dan horen we dat graag, zodat we er iets aan kunnen doen.

In dit artikel leest u welke procedures u kunt volgen als u een klacht heeft of het niet eens bent met onze beslissing die te maken heeft met:

- uw ziektekostenverzekering;
- uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering;
- het vaststellen van uw recht op AWBZ-vergoedingen.

11.1 *Geschillenregeling*

Bent u het niet eens met een beslissing over uw verzekering? Dan horen we dat graag zo snel mogelijk. U kunt uw bezwaar schriftelijk, telefonisch, via internet of e-mail aan ons voorleggen. Hierbij volgt u deze stappen.

Stap 1: Brief naar de afdeling

U richt uw vraag aan de afdeling die u op de hoogte heeft gebracht van de beslissing.

Stap 2: Brief naar het klachtenbureau

Bent u het niet eens met het antwoord van de uitvoerende afdeling? Stuur dan een brief naar ons klachtenbureau. Dit klachtenbureau handelt

namens de directie. Onze klachtencoördinatoren beoordelen uw vraag opnieuw en informeren u schriftelijk over onze beslissing.

Stap 3: Ombudsman Zorgverzekeringen
U kunt uw vraag ook voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Dit is een onafhankelijke, externe instantie, die bemiddelt als zorgverzekeraars en verzekerden het niet met elkaar eens zijn.

11.2 *Uw recht op AWBZ-vergoedingen*

Bent u het niet met ons eens over uw inschrijving als AWBZ-verzekerde? Dan kunt u binnen zes weken nadat het verschil van mening is ontstaan een bezwaarschrift indienen bij onze directie. Wij laten u de beslissing van de directie schriftelijk weten.

Bent u het ook niet eens met de beslissing van de directie? Dan kunt u in beroep gaan bij de rechtbank. In de beslissing van de directie leest u de naam en het adres van de rechtbank waarbij u in beroep kunt gaan en de termijn waarbinnen u dat moet doen.

art 12 | Fraude

Wanneer u en/of iemand die bij een vergoeding belang heeft:

- een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- een onware opgave heeft gedaan over een ingediende declaratie;
- feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een declaratie van belang kunnen zijn,

vervallen al uw rechten op vergoeding uit deze ziektekostenverzekering. Dat geldt ook voor het gedeelte van de declaratie waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Wij kunnen bij fraude:

- a aangifte doen bij de politie;
- b uw verzekering beëindigen;
- c registratie doen in door verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- d vergoeding die wij al aan u hebben betaald en (onderzoeks-)kosten die wij hebben gemaakt terugvorderen.

Model 95011

blad 5

Vergoedingen

Wat vergoeden wij? Dat wilt u natuurlijk weten. In dit hoofdstuk leest u precies wat er onder uw verzekering valt en welke voorwaarden daarbij horen.

Waar staat het precies?

Verwante onderwerpen staan onder elkaar. Ze staan dus niet in alfabetische volgorde. Om het u makkelijk te maken hebben we een overzicht gemaakt, waarop u precies ziet waar het onderwerp staat dat u zoekt. Ook ziet u meteen of uw verzekering de vergoeding dekt.

Vergoedingenoverzicht

Vergoeding	Artikel	Zorg Actief	Zorg Actief Extra	Zorg Actief Top	Gebit Actief	Gebit Actief Extra	Gebit Actief Top	Klassen-verzekering	Achmea Health
Alarmcentrale	71	•	•	•					•
Acnébehandeling	44		•	•					
Adoptie-uitkering	31	•	•	•					
Alarmeringsapparatuur	26, 59	•	•	•					•
Alternatieve geneesmiddelen	25	•	•	•					
Alternatieve geneeswijzen/therapieën	24	•	•	•					
Anticonceptiva	19	•	•	•					
Astmacentrum Davos	3	•	•	•					
Audiologisch centrum	15	•	•	•					
Bevalling	29	•	•	•					
Bewakingsapparatuur wiegendood	58								•
Brillen en contactlenzen	28, 75		•	•					•
Buitenland	33, 34, 71	•	•	•					•
Buitenland , advies, bemiddeling en begeleiding tijdens vakantie in Spanje	74								•
Buitenland, preventieve vaccinaties	73								•
Camouflagetherapie	45			•					
Cosmetische chirurgie	43, 77	•	•	•					•
Dagverpleging	1	•	•	•					
Energieverbeteringsprogramma	70								•
Epilatie behandeling	46		•	•					
Erfelijkheidsonderzoek	16	•	•	•					
Ergotherapie	21	•	•	•					
Farmaceutische zorg	19	•	•	•					
Fitness	78								•
Fysiotherapie	20	•	•	•					
Gasthuizen, verblijf bij poliklinische behandeling in ziekenhuis	14	•	•	•					
Gasthuizen, verblijf- en reiskosten van gezinsleden bij opname verzekerde	2	•	•	•					
Health shop	81								•
Herstel en Balans	61								•
Herstellingsoorden	36		•	•					
Hoortoestel, eigen bijdrage	26		•	•					
Huisarts	18	•	•	•					
Hulpmiddelen	26, 63	•	•	•					•
In vitro fertilisatie	10		•	•					
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder(s)	2			•					
Kraampakket	57								•
Kraamzorg	30	•	•	•					

Vergoeding	Artikel	Zorg Actief	Zorg Actief Extra	Zorg Actief Top	Gebit Actief	Gebit Actief Extra	Gebit Actief Top	Klassen-verzekering	Achmea Health
Leefstijltrainingen	67								•
Leukemieonderzoek bij kinderen	13	•	•	•					
Logopedie	22	•	•	•					
Manuele lymfdrainage	12		•	•					
Medisch specialistische zorg, extramuraal	6	•	•	•					
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	•	•	•					
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	5	•	•	•					
Nierdialyse	9	•	•	•					
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	20	•	•	•					
Oefentherapie in verwarmd water	20.3		•	•					
On track	80								•
Ontspanningsarrangement	79								•
Ooglaseren (refractiechirurgie)	76								•
Orgaantransplantaties	8	•	•	•					
Orthodontie	48	•	•	•					
Orthodontie, bijzondere gevallen	55	•	•	•					
Overgangsconsulent	66								•
Pedicurezorg	42		•	•					
Plakstrips mammaprothese	26		•	•					
Plaswekker	27		•	•					
Podotherapie	40		•	•					
Preventieve cursussen	65								•
Preventieve onderzoeken	64								•
Pruiken, eigen bijdrage	26		•	•					
Psoriasisbehandeling	17	•	•	•					
Psychologische zorg	39		•	•					
Psychotherapie	38	•	•	•					
Reuma kuurbehandeling	35	•	•	•					
Revalidatie, deeltijdbehandeling	4	•	•	•					
Second opinion	60								•
Sportmedisch onderzoek	68								•
Sterilisatie	11		•	•					
Steunzolen	41		•	•					
Stottertherapie	23	•	•	•					
Tandheelkundige zorg, algemeen	50	•	•	•	•	•	•		
Tandheelkundige zorg bij een ongeval	54		•	•					
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	53	•	•	•					
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	52	•	•	•					
Tandheelkundige zorg, implantaten	49	•	•	•			•		
Tandheelkundige zorg, mesostructuur op implantaten	51	•	•	•					
Therapeutische kampen	37		•	•					
Thuiszorg gehandicapten en chronisch zieken	47		•	•					
Vakantiedokter	72								•
Verloskundige zorg	29	•	•	•					
Verpleegartikelen	62								•
Vervoer van zieken	32, 33	•	•	•					
Voedingsvoorlichting	69								•
Zelfstandig behandelcentrum	7	•	•	•					
Ziekenhuisopname	1	•	•	•				•	
Ziekenhuisopname, overnachting en vervoer gezinsleden	2	•	•	•					
Zorggarantie en zorgbemiddeling	56		•	•					•

art 1 **Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis**

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Algemeen

Wij vergoeden:

- de verpleegkosten, op basis van de derde klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- het honorarium voor de zorg van een medisch specialist of kaakchirurg;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor een ziekenhuisopname voor plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ten minste drie weken van tevoren goedkeuring aanvragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring;
- U machtigt uw huisarts of medisch specialist om de reden van uw ziekenhuisopname te laten weten aan onze geneeskundig adviseur;
- U moet eerst contact met ons opnemen voor de volgende behandelingen:
 - Liesbreuk;
 - Spataderen;
 - Keel/neusamandelen;
 - Borstverkleining met medische indicatie;
 - Hernia;
 - Staaroperatie;
 - Heup- en knieoperatie vanwege artrose.

Als u kiest voor niet door ons gecontracteerde zorg, kan een eigen bijdrage gelden.

Tweede klassenverzekering

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de klasse waarvoor u bent verzekerd. Wij vergoeden alleen de kosten die een ziekenhuis declareert volgens de rechtsgeldige CTG-tarieven. U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering 2A of 2B. Bent u volgens 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.

Het kan zijn dat u bent verzekerd in de tweede klasse, maar wordt opgenomen in de derde klasse. Wij vergoeden dan € 70,- per opnamedag in die klasse. De vergoeding geldt alleen als u 18 jaar of ouder bent. Voor de vergoeding geldt een maximum van € 4.600,- per kalenderjaar. De vergoeding geldt niet voor opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Wordt u opgenomen in een buitenlandse zorginstelling voor een medische behandeling? Wij vergoeden dan de extra kosten voor een klassenkamer als wij met die instelling een contract hebben voor die behandeling. Als wij met die instelling geen contract hebben voor die behandeling vergoeden wij maximaal € 20,- van het kamersupplement voor een één- of tweepersoonskamer. Ook krijgt u dan geen vergoeding voor de honorariumtoeslag.

art 2 **Kosten van overnachting, vervoer en kinderopvang bij ziekenhuisopname**

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

U wordt langer dan veertien dagen achter elkaar opgenomen in een ziekenhuis dat verder dan vijftig kilometer van uw huis ligt? Dan vergoeden wij vanaf de vijftiende dag:

- de overnachtingkosten van uw gezinsleden in een gasthuis dat dichtbij het ziekenhuis ligt; de vergoeding is totaal maximaal € 35,- per dag;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden met hun eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden dan € 0,19 per kilometer.

Voorwaarde voor vergoeding

U stuurt ons een specificatie van de kosten die u hebt gemaakt.

ZorgActief Top

Wij kunnen opvang regelen voor uw kind(eren) vanaf de derde dag van uw ziekenhuisopname, als u ouder bent van een kind dat jonger is dan 12 jaar en bij u inwoont. Het aantal dagen en uren kinderopvang is afhankelijk van de leeftijd van uw jongste kind. Het is maximaal vijftig uur per week.

art 3 **Nederlands Astma Centrum in Davos (Zwitserland)**

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos. We doen dat alleen als:

- uw behandeling in Nederland geen succes heeft gehad;
- wij de behandeling in Davos doelmatig vinden voor de behandeling van uw ziekte of aandoening.

art 4 **Deeltijdbehandeling voor revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum**

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden:

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

Voorwaarde voor vergoeding

U vraagt vooraf schriftelijk toestemming aan ons. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring. Bij uw aanvraag voor toestemming voegt u een behandelplan.

art 5 | Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden:

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist als een huisarts of andere medisch specialist u heeft doorverwezen. Voor de oogarts hebt u geen verwijzing nodig.

art 6 | Medisch specialistische zorg (extramuraal)

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden de kosten van behandeling door een medisch specialist die extramuraal werkt. Dit is een medisch specialist die niet in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkt. Wij vergoeden het honorarium van de medisch specialist.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten als een huisarts of andere medisch specialist u heeft doorverwezen.

art 7 | Zelfstandig behandelcentrum

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden de kosten van behandeling in een zelfstandig behandelcentrum, waarmee wij een contract hebben gesloten. Wij vergoeden:

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten als een huisarts of andere medisch specialist u heeft doorverwezen.

art 8 | Organtransplantaties

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden de kosten van:

- transplantatie van organen en weefsels;
- weefselyperingen in verband met deze transplantaties, die de Nederlandse Transplantatie Stichting u in rekening heeft gebracht;
- verpleging en behandeling van de donor van de organen of weefsels op basis van de klasse waarvoor hij of zij is verzekerd;
- medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor voor de selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen.

Voorwaarde voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten van de donor als zijn of haar behandeling direct en alleen maar het gevolg is van de transplantatie.

art 9 | Nierdialyse

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

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

- van bouwkundige voorzieningen aan uw woning die voor de dialyse noodzakelijk zijn;
- om een ruimte in uw woning in te richten als dialysevertrek;
- van bijkomende stroomvoorziening.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons een begroting van de kosten;
- Wij vergoeden de bouwkundige kosten alleen als u niet volgens een wettelijke regeling een vergoeding kunt krijgen.

art 10 | In vitro fertilisatie

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie de kosten van in vitro fertilisatiebehandeling (IVF) en andere behandelingen die de vruchtbaarheid bevorderen inclusief de geneesmiddelen die daarbij worden toegepast. Voor elke te realiseren zwangerschap vergoeden we de kosten van maximaal drie in vitro fertilisatiebehandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U hebt vooraf onze schriftelijk toestemming gekregen;
- IVF moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat daarvoor een vergunning heeft of in een instelling waarmee wij een contract hebben gesloten;
- ICSI vergoeden wij tot het IVF-tarief.

art 11 | Sterilisatie

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of in zelfstandig behandelcentrum, waarmee wij een contract hebben gesloten.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

art 12 | Manuele lymfdrainage

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem. Wij vergoeden maximaal € 455,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Een huidtherapeut voert de behandeling uit.

art 13 | Leukemieonderzoek bij kinderen

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, waarvoor Skion (Stichting Kinderoncologie Nederland) u een declaratie stuurt.

art 14 | Overnachting in een gasthuis bij een ziekenhuis

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden de kosten van een overnachting in het gasthuis. Wij vergoeden maximaal € 35,- per dag.

art 15 | Audiologisch centrum

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts heeft u doorverwezen.

art 16 | Erfelijkheidsonderzoek

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek in een klinisch genetisch centrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- De arts die u behandelt heeft u doorverwezen;
- Het onderzoek is noodzakelijk omdat:
 - de (verwachte) aandoening of afwijking ernstig is, en
 - er geen andere mogelijkheden zijn om tot een diagnose te komen.

art 17 | Behandeling van psoriasis

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis:

- in een psoriasisdagbehandelingscentrum;
(maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief hebt)
(maximaal € 1000,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Extra hebt)
(maximaal € 1250,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Top hebt)
- door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis.
Hiervoor vergoeden wij de kosten van huur van de apparatuur die nodig is, tot maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U laat ons vooraf een indicatie van uw huidarts zien;
- U hebt vooraf toestemming van ons ontvangen.

art 18 | Huisarts

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden:

- de kosten van zorg die uw huisarts u verleent;
- de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek volgens een aanvraag van uw huisarts.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de laboratoriumkosten alleen als een ziekenhuis of laboratorium in Nederland deze declareert.

art 19 | Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top
Wij vergoeden de kosten van:

- Geneesmiddelen die in de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in een lijst staan vermeld en volgens deze wet in Nederland mogen worden afgeleverd. Voor vergoeding van sommige geneesmiddelen heeft u eerst onze goedkeuring nodig. Uw arts of apotheker is hiervan op de hoogte;
- dieetpreparaten:
 - als u een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis hebt;
 - als u een ernstige voedselallergie hebt;
 - als u ernstig chronisch obstructief longlijden hebt;
 - voor kinderen die ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen hebben waardoor zij dreigen een groeiachterstand op te lopen;
- verbandmiddelen, als u een ernstige aandoening hebt en een lange medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

We vergoeden deze kosten volgens de regeling Farmaceutische Zorg die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Die regeling maakt deel uit van deze polis. Wilt u deze regeling ontvangen? Stuurt u dan een brief of bel.

Voor de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen geldt het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een maximum voor de vergoeding is vastgesteld. Als de prijs van het geneesmiddel hoger is dan dat maximum, vergoeden wij niet meer dan dat maximum.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het geneesmiddel is voorgeschreven door een:
 - huisarts;
 - medisch specialist;
 - tandarts;
 - kaakchirurg;
 - verloskundige.
- Een apotheek of apotheekhoudende huisarts levert het geneesmiddel. Dit moet een apotheek of

- apotheekhoudende huisarts zijn die in Nederland is gevestigd en waarmee wij een contract hebben;
- De kosten van apotheekbereidingen vergoeden wij alleen als sprake is van rationele geneesmiddelen therapie. Dit houdt in dat is aangetoond dat de gebruikte stoffen bij de bereiding daadwerkelijk effect hebben;
 - Voor vergoeding van kosten van dieetpreparaten heeft u vooraf onze goedkeuring gekregen.

ZorgActief Top

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u moet betalen voor farmaceutische zorg volgens het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Bent u een vrouw? Dan vergoeden wij de kosten van hormonale anticonceptiva en IUD's (spiraaltjes).

Voorwaarden voor vergoeding

- Een huisarts of medisch specialist heeft u de anticonceptiva voorgeschreven;
- Een apotheek of apotheekhoudende huisarts levert de anticonceptiva. Dit moet een apotheek of apotheekhoudende huisarts zijn die in Nederland is gevestigd en waarmee wij een contract hebben;
- U gebruikt de anticonceptiva zelf;
- Voor de anticonceptiepil hebt u alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist nodig.

art 20 | Fysiotherapie en oefentherapie

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

20.1 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden de kosten van het aantal behandelingen dat medisch noodzakelijk is bij bepaalde chronische aandoeningen volgens de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van deze polis. U kunt deze regeling schriftelijk aanvragen. Telefonisch is ook mogelijk. Wij vergoeden maximaal € 20,- per behandeling als wij geen contract met de fysiotherapeut hebben gesloten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft u doorverwezen;
- Als wij met de fysiotherapeut die u behandelt geen contract hebben gesloten, moet u voor de behandeling eerst toestemming van ons hebben.

Uitsluitingen

- Hydrotherapie in een zwembad valt niet onder fysiotherapie;
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, waarmee u alleen maar uw conditie door te trainen wilt verbeteren.

20.2 Niet chronische aandoeningen

Hebt u ZorgActief? Dan vergoeden wij de kosten van

maximaal 9 behandelingen fysiotherapie en maximaal 9 behandelingen oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Hebt u ZorgActief Extra of ZorgActief Top? Dan vergoeden wij de kosten van alle behandelingen door een fysiotherapeut of een oefentherapeut waarmee wij een contract hebben gesloten die medisch noodzakelijk zijn.

Wij vergoeden maximaal € 20,- per behandeling als wij geen contract met de fysiotherapeut hebben gesloten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft u doorverwezen;
- Als wij met de fysiotherapeut die u behandelt geen contract hebben gesloten, moet u voor de behandeling eerst toestemming van ons hebben.

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

20.3 Oefentherapie in verwarmd water

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma of de ziekte van Bechterew de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water. Wij vergoeden:

- maximaal € 4,- per keer en maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 5,- per keer en maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Top hebt.

Voorwaarden voor vergoeding

De oefentherapie vindt plaats in groepsverband en onder leiding van een gediplomeerde fysiotherapeut of oefentherapeut.

art 21 | Ergotherapie

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut, waarmee wij een contract hebben. Wij vergoeden maximaal 10 uur per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

Een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft u doorverwezen.

art 22 | Logopedie

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist.

Voorwaarden voor vergoeding

Een huisarts, tandarts of medisch specialist heeft u doorverwezen.

Uitsluiting

Logopedie is niet:

- de behandeling van dyslexie, behalve als er sprake is van logopedische problemen van medische aard;
- taalontwikkelingsstoornissen als u van oorsprong een andere taal dan Nederlands spreekt.

art 23 | Stottertherapie

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

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

Dit geldt alleen voor behandelingen in de volgende stottercentra:

- Stottercentrum Bloemendaal;
- Stottercentrum Gouda;
- Stottercentrum 's Hertogenbosch;
- Stottercentrum Rijnland in Leiden en Oegstgeest;
- Stottercentrum Zutphen;
- Stottercentrum Zwolle.

Wij vergoeden:

- maximaal € 225,-- per verzekerde tijdens de gehele duur van de verzekering als u ZorgActief hebt;
- maximaal € 450,-- per verzekerde tijdens de gehele duur van de verzekering als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 900,-- per verzekerde tijdens de gehele duur van de verzekering als u ZorgActief Top hebt.

art 24 | Alternatieve geneeswijzen en therapieën

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve genezers;
- consulten van alternatieve therapeuten.

De vergoeding is maximaal € 30,-- per dag. We vergoeden:

- maximaal € 250,-- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief hebt;
- maximaal € 375,-- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Top hebt.

Voorwaarde voor vergoeding

De alternatieve genezer of therapeut:

- is lid van een Nederlandse beroepsvereniging van alternatieve genezers;
- voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

art 25 | Alternatieve geneesmiddelen

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Wij vergoeden:

- maximaal € 200,-- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief hebt;
- maximaal € 300,-- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 400,-- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Top hebt.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een arts schrijft de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor;
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen zijn wettelijk als homeopatisch of antroposofisch geneesmiddel geregistreerd in de Homeopathie vergoedingenlijst (Z.index);
- Een apotheek of apotheekhoudende huisarts, waarmee wij een contract hebben, levert de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

art 26 | Hulpmiddelen

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

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.

Voor deze vergoedingen geldt het reglement

Hulpmiddelen. Dat maakt deel uit van deze polis. Het reglement sturen wij u toe, als u het schriftelijk of telefonisch aanvraagt.

Hebt u een elektrische motorslede nodig om uw bewegingsvermogen in een gewicht te bevorderen na een operatie? Dan vergoeden wij de kosten van de huur van de motorslede.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor veel hulpmiddelen heeft u geen toestemming van ons nodig. In de bijlage van het reglement Hulpmiddelen leest u voor welke hulpmiddelen dit geldt;
- Voor alle andere hulpmiddelen vraagt u vooraf onze toestemming. Wij beoordelen dan of u het hulpmiddel nodig hebt en of het noodzakelijk, voor het doel geschikt en niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is;
- Voor levering van hulpmiddelen neemt u contact op met een leverancier, waarmee we een contract hebben. Een overzicht van die leveranciers in uw omgeving kunt u bij ons opvragen. U kunt ook informatie over het hulpmiddel opvragen. Stuur daarvoor een brief of bel;

- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximum of een gebruiksnorm. U vindt dit terug in het reglement Hulpmiddelen.

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u betaalt bij de aanschaf van hulpmiddelen volgens het reglement Hulpmiddelen. Hierbij gelden de volgende beperkingen:

- De eigen bijdrage die u betaalt bij de aanschaf van een pruijk vergoeden wij tot maximaal € 345,-- minus de vergoeding die u krijgt volgens het reglement Hulpmiddelen;
- De eigen bijdrage die u betaalt bij de aanschaf van een hoortoestel met afstandsbediening vergoeden wij tot maximaal € 185,-- per apparaat. Dit geldt alleen als u een medische indicatie hebt en vooraf onze toestemming hebt gekregen;
- Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (besparingsbijdrage) die u betaalt bij de aanschaf van:
 - semi-orthopedisch schoeisel;
 - orthopedisch maatschoeisel;
 - allergeenvrije schoenen.

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van de alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International, voor het gebruik van een alarmeringssysteem.

Voorwaarden voor vergoeding

- U hebt recht op de vergoeding van installatie- en huurkosten volgens het reglement Hulpmiddelen;
- Een leverancier waarmee wij een contract hebben levert het systeem.

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden plakstrips om mammaprothesen te bevestigen die u na een borstamputatie draagt.

art 27 | Plaswekker

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker. Wij vergoeden maximaal € 100,-- voor de gehele duur van uw verzekering.

art 28 | Brillen en contactlenzen

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van brillen en contactlenzen.

Hebt u ZorgActief Extra? Dan vergoeden wij maximaal € 70,-- per verzekerde per 36 maanden bij 4,25 dioptrieën of meer.

Hebt u ZorgActief Top? Dan vergoeden wij, ongeacht de sterkte, € 90,-- per verzekerde per 36 maanden.

art 29 | Verloskundige zorg en bevalling

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van:

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

art 30 | Kraamzorg

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Bij een bevalling ontvangt de vrouwelijke verzekerde een tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg. De hoogte van de tegemoetkoming is afhankelijk van de plaats waar u de eerste 8 dagen na de dag van de bevalling verblijft.

Bent u de eerste 8 dagen na de bevalling thuis, in een ziekenhuis of in een kraaminrichting zonder medische indicatie? Dan ontvangt u voor kraamzorg:

- € 1.200,-- als u ZorgActief hebt;
- € 1.500,-- als u ZorgActief Extra hebt;
- € 1.500,-- als u ZorgActief Top hebt. Bij een thuisbevalling ontvangt u € 230,-- extra.

Bent u een deel van die 8 dagen in een ziekenhuis of kraaminrichting vanwege een medische indicatie? Dan ontvangt u voor kraamzorg

- € 1.200,-- als u ZorgActief hebt;
- € 1.500,-- als u ZorgActief Extra of ZorgActief Top hebt.

Voor elke dag dat u na de dag van de bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting verblijft, ontvangt u:

- € 150,-- minder als u ZorgActief hebt;
- € 187,50 minder als u ZorgActief Extra of ZorgActief Top hebt.

De verpleegkosten en bijkomende kosten van u en uw kind voor de dagen dat u op medische indicatie in een ziekenhuis of kraaminrichting verblijft, vergoeden wij volledig. Dit geldt alleen als moeder en kind beide verzekerd zijn.

Onze kraamzorg

U kunt er ook voor kiezen om de kraamzorg door ons te laten regelen. We doen dat voor maximaal tien dagen. De dag van de bevalling is dan de eerste dag. Het aantal dagen hangt af van uw persoonlijke situatie na de bevalling. We maken daarover in goed overleg met u afspraken. U hebt in ieder geval recht op vijftien uur kraamzorg.

Als wij geen kraamzorg kunnen regelen, ontvangt u de tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg zoals hierboven in dit artikel staat beschreven.

Informatie over onze kraamzorgservice vindt u in de folder 'Kraamzorg'. U kunt deze opvragen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wilt u dat wij de kraamzorg regelen? U moet dan uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap contact met ons opnemen.

Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden maximaal 15 uur van de uitgestelde kraamzorg.

Voorwaarde voor vergoeding

De kraamzorg moet beginnen na 10 dagen na de bevalling (uitgestelde kraamzorg).

art 31 | **Uitkering bij adoptie**

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Adopteert u een of meer kinderen tijdens de looptijd van uw verzekering? En wilt u uw kind(eren) bijschrijven in uw ziektekostenverzekering? Dan krijgt u van ons één keer een uitkering van:

- € 1.200,-- als u ZorgActief hebt;
- € 1.500,-- als u ZorgActief Extra of ZorgActief Top hebt.

art 32 | **Ziekenvervoer**

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer als u op medische gronden geen gebruik kunt maken van openbaar vervoer. Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance, door ons gecontracteerd taxivervoer, of eigen vervoer per auto. Het gaat om vervoer naar en van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist zijn praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese.

De kosten van vervoer per ambulance en door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij helemaal. De vergoeding voor het vervoer per eigen auto is € 0,19 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- *Het vervoer is nodig vanwege zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden;*
- *U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg geleverd kan worden;*
- *De Vervoerslijn geeft aan of we uw kosten vergoeden en welke vorm van vervoer u kunt gebruiken. Informatie over ziekenvervoer vindt u in een brochure die u kunt opvragen.*

art 33 | **Buitenland**

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top, GebitActief, GebitActief Extra en GebitActief Top

Spoedeisende zorg

Tijdens uw verblijf van ten hoogste 12 maanden in het buitenland vanwege:

- Vakantie;
- Studie;
- Zaken,

vergoeden wij de kosten van medische en tandheelkundige zorg die noodzakelijk is.

We vergoeden de kosten alleen als:

- u bij vertrek naar het buitenland niet kon voorzien dat u de zorg nodig had;
- u de zorg niet kon uitstellen tot na uw terugkeer in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf contact met ons opnemen;
- We vergoeden de kosten alleen als we ze ook in Nederland zouden vergoeden;
- Een ziekenhuisopname meldt u ons direct via onze alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International. Het telefoonnummer is (071) 364 62 00;
- Wij vergoeden tandheelkundige zorg alleen als u een aanvullende tandheelkundige verzekering heeft. De kosten vallen dan onder deze tandheelkundige verzekering.

Niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling als wij voor die medische zorg met die instelling een contract hebben.

Laat u zich behandelen voor zorg in een buitenlandse zorginstelling

- waarvoor wij geen contract hebben gesloten, en
- waarvoor geen spoed geldt?

Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal 100% van de kosten die wij zouden vergoeden als u de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan.

Voorwaarden voor vergoeding

- We vergoeden de kosten alleen als we dat ook in Nederland zouden doen;
- De voorwaarden die voor vergoeding in Nederland gelden, blijven van kracht. Bijvoorbeeld dat u vooraf onze toestemming vraagt;
- Als u naar het buitenland vertrekt om u te laten behandelen, omdat dat in Nederland om praktische redenen niet mogelijk is, vraagt u ons altijd vooraf om toestemming. Dit geldt als het gaat om een behandeling waarvoor we geen contract hebben gesloten met de buitenlandse instelling.

Vervoerskosten bij niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van en naar zorg in een buitenlandse zorginstelling waarmee wij een contract hebben. De kosten van vervoer met een ambulance en door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij volledig. De vergoeding voor het vervoer per eigen auto is € 0,19 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf contact met ons opnemen;
- U stuurt ons een specificatie van de kosten die u heeft gemaakt.

Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden

U wordt langer dan veertien dagen achter elkaar opgenomen in een buitenlandse zorginstelling die verder dan vijftig kilometer van uw huis ligt? Dan vergoeden wij vanaf de vijftiende dag:

- de overnachtingkosten van uw gezinsleden in een gasthuis dat dichtbij de zorginstelling ligt; de vergoeding is totaal maximaal € 35,-- per dag voor alle gezinsleden samen;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden met hun eigen auto van en naar de zorginstelling. Wij vergoeden dan € 0,19 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf contact met ons opnemen;
- U stuurt ons een specificatie van de kosten die u hebt gemaakt.

art 34 | Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

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.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen als u vooraf goedkeuring hebt van onze alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

art 35 | Reuma kuurbehandelingen

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij geven maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten van kuurreizen die Interkuur in Noordwijk organiseert. Deze kuurreizen zijn voor verzekerden met aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Het gaat om de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde voor vergoeding

U hebt vooraf onze toestemming gekregen. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundig adviseur van Interkuur.

art 36 | Herstellingsoorden

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van opname in herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg

waarmee wij een contract hebben. Wij vergoeden maximaal € 50,-- per dag en maximaal 28 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf schriftelijk onze toestemming hebben gekregen.

Uitsluiting

Behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg vergoeden wij niet.

art 37 | Therapeutische kampen

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Als u jonger bent dan 18 jaar vergoeden wij een deel van de kosten van uw verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden maximaal € 10,-- per dag voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Bent u gehandicapt en verblijft u niet in een AWBZ-instelling? Dan vergoeden wij een deel van de kosten van uw verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden maximaal € 10,-- per dag voor maximaal 14 dagen per kalenderjaar.

Uitsluiting:

Wij vergoeden geen kosten van verblijf in kampen, die worden georganiseerd of verzorgd door instellingen waar u een dag of een dagdeel verblijft.

art 38 | Psychotherapie

ZorgActief

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u moet betalen voor psychotherapiebehandelingen die u volgens de AWBZ vergoed krijgt. Wij vergoeden maximaal € 750,-- per persoon voor de hele duur van de verzekering.

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de eigen bijdrage en de kosten van psychotherapiebehandelingen die u krijgt als aanvulling op de behandelingen die u volgens de AWBZ vergoed krijgt.

Wij vergoeden:

- maximaal € 1.500,-- per verzekerde voor de hele duur van de verzekering als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 2.250,-- per verzekerde voor de hele duur van de verzekering als u ZorgActief Top hebt.

art 39 | Kortdurende psychologische zorg

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden 75% van de kosten van psychologische zorg tot maximaal € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het gaat om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling;
- We vergoeden niet de kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter;
- Een gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijns psycholoog geeft de behandeling;
- U hebt een schriftelijke verwijzing van de huisarts of van een bedrijfsarts. Een schriftelijke verwijzing van een bedrijfsarts kan alleen als uw klachten met uw werk hebben te maken.

art 40 | Podotherapie

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut. Bij die behandeling horen:

- consulten;
- kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen.

Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 135,- per verzekerde per kalenderjaar.

art 41 | Steunzolen

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen. Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoeden wij de kosten één keer per kalenderjaar. Bent u 18 jaar of ouder, dan ontvangt u de vergoeding éénmaal per 24 maanden. Wij vergoeden:

- maximaal € 35,- als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 50,- als u ZorgActief Top hebt.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw behandelend arts schrijft de steunzolen voor.

art 42 | Pedicurezorg

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten:

- van voetverzorging voor verzekerden met diabetes;
- bij dreigende voetproblemen van verzekerden met reuma.

Wij vergoeden:

- maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 126,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 210,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Top hebt.

Voorwaarde voor vergoeding

Een gespecialiseerde pedicure geeft de behandeling. Bij diabetici betekent dit dat de pedicure in het bezit is van het certificaat 'Voetverzorging bij Diabetici'.

art 43 | Plastische chirurgie

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard als de behandeling nodig is voor correctie van:

- verminking als gevolg van een ongeval, ziekte of een geneeskundige verrichting;
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen;
- een ernstige afwijking bij de geboorte aanwezig en geconstateerd.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard vanwege persoonlijke:

- behoefte;
- noodzaak;
- omstandigheid.

Wij vergoeden maximaal € 250,- per verzekerde per 36 maanden.

art 44 | Acnébehandeling

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van een acnébehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden:

- maximaal € 185,- per verzekerde per 60 maanden als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 370,- per verzekerde per 60 maanden als u ZorgActief Top hebt.

art 45 | Camouflagetherapie

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen.

Wij vergoeden:

- maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Top hebt.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten als een huisarts of medisch specialist u doorverwijst.

art 46 | Epilatiebehandeling

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden 75% van de kosten van epilatiebehandeling bij vrouwen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden:

- maximaal € 500,- voor de gehele duur van de verzekering als u ZorgActief Extra hebt;
- maximaal € 1.000,- voor de gehele duur van de verzekering als u ZorgActief Top hebt.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is sprake van gezichtsbeharing die uw gezicht ernstig ontsiert;
- Een arts schrijft de behandeling voor;
- De laserepilatiebehandeling vindt plaats in een laserkliniek die wij erkend hebben of door een huidtherapeut die wij erkend hebben;
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen.

art 47 | Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Aan verzekerden die gehandicapt of chronisch ziek zijn vergoeden wij de kosten van vervangende zorg, als zij thuis mantelzorg ontvangen. Wij vergoeden maximaal 21 dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Houten levert de zorg;
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen;
- Degene die mantelzorg verleent is minstens zeven dagen achter elkaar afwezig wegens ziekte of vakantie.

art 48 | Orthodontie

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Als u jonger dan 18 jaar bent, vergoeden wij de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) die een orthodontist of tandarts waarmee wij een contract hebben gesloten uitvoert. Wij vergoeden:

- 75% van de kosten als u ZorgActief hebt;
- 100% van de kosten als u ZorgActief Extra of ZorgActief Top hebt.

Uitsluiting

Zijn de orthodontische voorzieningen door uw eigen toedoen of nalatigheid verloren of beschadigd? Dan vergoeden wij de kosten van reparatie of vervanging niet.

art 49 | Tandheelkundige implantaten

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak vergoeden wij:

- de honorariumkosten van de kaakchirurg;
- de kosten van behandeling door een tandarts.

Wij vergoeden niet:

- de kosten van de implantaten;
- bijkomende techniekkosten.

De kosten van behandeling door een tandarts vergoeden we tot maximaal € 1.250,-.

Voorwaarden voor vergoeding

- U hebt vooraf onze toestemming gekregen. De kaakchirurg of tandarts die u behandelt dient de aanvraag in.
- De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis of bij een tandarts.
- Er moet sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor de kaakchirurg of tandarts op geen enkele andere wijze meer een passende prothese kan maken. Wij beoordelen of hier sprake van is.

art 50 | Tandheelkundige zorg - algemeen

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Als u jonger dan 18 jaar bent, vergoeden wij de kosten van behandeling door een tandarts waarmee wij een contract hebben.

Wij vergoeden de kosten tot maximaal:

- € 225,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief hebt;
- € 450,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Extra hebt;
- € 900,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Top hebt.

GebitActief, GebitActief Extra en GebitActief Top

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoeden wij 75% van de kosten van tandheelkundige behandelingen:

- tot maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar als u GebitActief hebt;
- tot maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar als u GebitActief Extra hebt;
- tot maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar als u GebitActief Top hebt.

Voorwaarde voor vergoeding

Een tandarts of tandprotheticus met wie wij een contract hebben, voert de behandeling uit.

Een mondhygiëniste die vrijgevestigd is mag wel het volgende doen:

- preventie en mondhygiëne;
- parodontologische behandelingen.

Het moet dan wel gaan om een mondhygiënist(e) die een contract met ons heeft.

Uitsluiting

Wij verlenen geen vergoeding voor de kosten van:

- de C-codes C70, C75 en C90;
- het bleken van tanden en kiezen (codes E95, E97 en E98);
- orthodontie (D-codes).

art 51 Tandheelkundige zorg - mesostructuur op implantaten

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van de mesostructuur op implantaten. De vergoeding van de behandeling bestaat uit:

- het honorarium van de tandarts met wie wij een contract hebben
- bijkomende kosten van materiaal en techniek.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mesostructuur wordt gemaakt en geplaatst door:
 - een tandarts met wie wij een contract hebben;
 - een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Als een centrum voor bijzondere tandheelkunde de mesostructuur maakt en plaatst, geldt het uurtarief dat het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) heeft goedgekeurd voor de vergoeding. In dit geval gelden dus niet de UPT-codes (Uniforme Particuliere Tarieven);
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen. Bij de aanvraag stuurt u een behandelplan. We geven u de toestemming niet als de voorgestelde behandeling niet geschikt is voor het doel, onnodig kostbaar of onnodig ingewikkeld is.

art 52 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Is door een lichamelijke of verstandelijke handicap een tandheelkundige behandelingstijd nodig die langer dan gebruikelijk is? Dan vergoeden wij de behandelingskosten van de tandarts. Het moet dan wel door een tandarts gebeuren die een contract met ons heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen voor lichamenlijk of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen volgens de AWBZ;
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen;
- Bij de aanvraag stuurt u een behandelplan.

art 53 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandeling van een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Dit geldt alleen als de stoornis het gevolg is van:

- een lichamelijke aandoening;
- een aangeboren afwijking;
- een later gekregen tandheelkundige afwijking.

Het betreft de volgende afwijkingen:

- zes of meer elementen ontbreken. De verstandskiezen rekenen wij niet mee;
- een defect door een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet;

- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling;
- totale amelogenese imperfecta;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom). Bij een kaakgewrichtsafwijking krijgt u alleen vergoeding, als een behandeling in de huispraktijk van de tandarts of algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten, niet het gewenste resultaat heeft gehad.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling vereist:
 - een benadering in teamverband;
 - bijzondere deskundigheid.
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen. Bij de aanvraag stuurt u een behandelplan. We geven u de toestemming niet als de voorgestelde behandeling niet geschikt is voor het doel, onnodig kostbaar of onnodig ingewikkeld is.

art 54 Tandheelkundige zorg bij een ongeval voor kinderen tot 18 jaar

ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Als een verzekerde jonger dan 18 jaar door een ongeval tanden heeft beschadigd of verloren, wordt de noodzakelijke tandheelkundige zorg vergoed. De vergoeding bedraagt maximaal € 910,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering. Het ongeval moet hebben plaatsgevonden tijdens de looptijd van deze verzekering. Onder een ongeval wordt verstaan: een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamenlijk letsel is ontstaan.

art 55 Orthodontie in bijzondere gevallen

ZorgActief, ZorgActief Extra en ZorgActief Top

Wij vergoeden de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of een tandarts waarmee wij een contract hebben. De vergoeding geldt alleen voor een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking.

Voorwaarden voor vergoeding

- U hebt vooraf onze toestemming gekregen;
- Bij de aanvraag stuurt u een behandelplan.

art 56 | Zorggarantie en zorgbemiddeling

Achmea health

Moet u een behandeling ondergaan, die medisch noodzakelijk is en waarvoor een wachttijd geldt? Dan kunnen wij voor u nagaan of die wachttijd korter kan. Als dat mogelijk is, proberen wij te regelen dat u eerder wordt behandeld. Wij kunnen u ook helpen bij het zoeken naar een huisarts of een tandarts.

Wij geven zorggarantie voor:

- De inschrijving op naam in een tandartsenpraktijk binnen 10 werkdagen;
- De aanvang van fysiotherapiebehandeling binnen 10 werkdagen;
- Een groot aantal behandelingen die in dagbehandeling kunnen plaatsvinden binnen 5 werkdagen;
- Een eerste polikliniekbezoek en aansluitend binnen 10 werkdagen de behandeling. Voorwaarde is dat het verantwoord moet zijn dat de behandeling in dagbehandeling kan plaatsvinden;
- Een beperkt aantal behandelingen waarvoor opname in een ziekenhuis nodig is.

Wij bemiddelen bij:

- De inschrijving op naam bij een huisarts;
- Het vinden van kraamzorg;
- Behandelingen waarvoor opname in een ziekenhuis nodig is.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mogelijke oplossing valt binnen de dekkingsvoorwaarden van uw ziektekostenpakket.
- Het gaat om een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis. Hieronder valt niet een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeginrichting.

art 57 | Kraampakket

Achmea health

Als u gaat bevallen, brengen wij ruim voor de verwachte bevallingsdatum een medisch kraampakket bij u thuis.

Voorwaarde voor vergoeding

U vraagt het kraampakket ten minste twee maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aan.

art 58 | Bewakingsapparatuur om wiegendood te voorkomen

Achmea health

Wij vergoeden het gebruik van een bewakingsmonitor om wiegendood te voorkomen. De kosten van huur van een monitor vergoeden we voor maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

U hebt vooraf onze toestemming gekregen.

art 59 | Korting op alarmeringssysteem

Achmea health

U hebt met een sociale indicatie recht op een korting op de huur en abonnementskosten voor aansluiting op en het gebruik van het alarmeringssysteem dat door EuroCross International wordt geleverd.

art 60 | Second opinion

Achmea health

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

art 61 | Herstel en Balans

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten door instellingen met een licentie van de Stichting Herstel en Balans. De eigen bijdrage is:

- € 100,- per verzekerde wanneer u deze training volgt in een Achmea health Center;
- € 250,- per verzekerde wanneer u de training elders volgt.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

art 62 | Uitleen verpleegartikelen

Achmea health

Wij vergoeden de huurkosten van artikelen die u bij het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen huurt. Het gaat om artikelen die vanwege uw gezondheid noodzakelijk zijn. De vergoeding geldt alleen als u voor deze artikelen geen vergoeding volgens de AWBZ meer krijgt. We vergoeden de huurkosten voor een periode van maximaal 6 maanden.

art 63 | Korting op hulpmiddelen van Welzorg

Achmea health

U krijgt korting op de adviesverkoopprijs als u de volgende hulpmiddelen koopt in de winkels van Welzorg:

- Handbewogen en elektrische rolstoelen;
- Scootmobielen;
- Speciale fietsen zonder hulpmotor;
- Douche- en toilethulpmiddelen;
- Kleine woningaanpassingen;
- Materialen voor autoaanpassingen;
- Sta-op stoelen;
- Trippelstoelen;
- Hoog-laag bedden;
- Anti-decubitus middelen (matrassen, kussens, zitkussens);
- Loophulpmiddelen;
- ADL (Algemene Dagelijkse Levensbehoefte) middelen;

- Welzorg assortiment Comfort materialen.

Uitsluiting

De korting geldt niet voor hulpmiddelen waarop u volgens het reglement Hulpmiddelen aanspraak kunt maken.

Voorwaarde:

Om de korting te krijgen laat u een geldig verzekeringsbewijs of uw zorgpas zien.

Wilt u informatie over de plaatsen waar u een winkel van Welzorg kunt vinden? Stuur u dan een brief. U kunt ook bellen.

art 64 | **Preventieve onderzoeken**

Achmea health

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

- baarmoederhalskanker (het maken van een uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (deze vergoeding krijgt u maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

art 65 | **Preventieve cursussen**

Achmea health

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van cursussen om ziekte of aandoeningen te voorkomen. De vergoeding is maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar. De tegemoetkoming geldt voor de volgende cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health Center of een thuiszorginstelling waarmee wij een contract hebben gesloten;
- hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling waarmee wij een contract hebben gesloten;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, lasertherapeuten waarmee wij een contract hebben, bijvoorbeeld Prostop Lasertherapie, of een thuiszorginstelling waarmee wij een contract hebben gesloten;
- de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid;
- eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling waarmee wij een contract hebben gesloten;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling waarmee wij een contract hebben gesloten;
- EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging, die opleidt tot het diploma "eerste hulp" van het Oranje Kruis;
- Basis Reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting.

Daarnaast geven wij minimaal 25% korting op de schriftelijke cursussen van Achmea health Educatie:

- Lekker in je vel;

- Lekker gezond;
- Lekker slank;
- Plezier in de overgang;
- Stoppen met roken.

Voorwaarde voor vergoeding

U laat ons het originele bewijs van aanmelding en betaling zien.

Wilt u informatie over de plaatsen waar u de preventieve cursussen kunt volgen? Of over de korting voor de schriftelijk cursussen? Stuur u dan een brief. U kunt ook bellen.

art 66 | **Overgangsconsulent**

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van een consult van een overgangsconsulent. De vergoeding is maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar. Bij het eerste consult krijgt u een jaarabonnement op het tijdschrift rondom de overgang 'Women's Care'.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent is aangesloten bij Care for Women.

art 67 | **Leefstijltrainingen**

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van leefstijltrainingen die het Leefstijl Trainingscentrum in Dalfsen organiseert. Dit geldt voor maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar. Uw eigen bijdrage is € 100,- 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 bent doorverwezen door

- een huisarts;
- een bedrijfsarts;
- een medisch specialist;
- een logopedist (bij stotterproblemen).

art 68 | **Sportmedisch onderzoek**

Achmea health

Wij vergoeden behandelingen in een sportmedische instelling. Het betreft:

- de kosten van één sportmedisch onderzoek per 24 maanden per verzekerde. Uw eigen bijdrage per onderzoek is € 15,-;
- de kosten van een blessureconsult of herhalingsconsult.

U kunt informatie krijgen over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren. Informatie kunt u schriftelijk of telefonisch opvragen.

Uitsluiting

Sportkeuringen vergoeden wij niet. Ook niet als de sportkeuringen verplicht zijn.

art 69 Voedingsvoorlichting

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist. De vergoeding is maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar. Hieronder vallen ook de kosten van advies door een diëtist bij deelname aan Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp.

Voorwaarden voor vergoeding

- De diëtist:
 - is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland;
 - voldoet aan de kwaliteitseisen van deze organisaties.
- De huisarts of medisch specialist heeft u doorverwezen.

art 70 Energieverbeteringsprogramma

Achmea health

U hebt recht op 15% korting op het NOVO-programma van Immogenics. Wilt u informatie over het programma en de locatie? Stuur u dan een brief of bel.

art 71 Alarmcentrale

Achmea health

Wij vergoeden:

- de kosten van de organisatie van de hulpverlening door de alarmcentrale. In de artikelen 33 en 34 leest u meer over deze hulpverlening;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail, die u maakt om contact op te nemen met de alarmcentrale.

De alarmcentrale wordt uitgevoerd door Euro Cross International.

art 72 Achmea health Vakantiedokter

Achmea health

Hebt u voor of tijdens uw vakantie medische vragen die geen spoed hebben? Dan hebt u recht op gratis advies van de Achmea health Vakantiedokter.

art 73 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties om te voorkomen dat u een van de volgende ziekten krijgt bij een vakantiereis naar het buitenland:

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

Wij vergoeden 100% van de kosten wanneer wij met de instelling een contract hebben. Wij vergoeden 75% wanneer wij geen contract met de instelling hebben.

art 74 Advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens uw vakantie

Achmea health

Wij vergoeden aan zorgbehoevende verzekerden een deel van de kosten voor:

- advies;
- bemiddeling;
- begeleiding,

bij zorg tijdens vakanties in Spanje. De vergoeding is € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Zorg Vakantie Plan geeft het advies, de bemiddeling en de begeleiding.

art 75 Opticien

Achmea health

Met Hans Anders hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- u kunt een complete enkelvoudige bril aanschaffen voor € 95,-. Uw prijsvoordeel is € 40,-;
- u kunt een complete multifocale bril aanschaffen voor € 135,-. Uw prijsvoordeel is € 70,-;
- bij de aanschaf van een pakket zachte maandlenzen (€ 45,-) ontvangt u één maand gratis lenzen en lenzenvloeistof met lenzenhouder. Uw prijsvoordeel is € 7,50.

De prijsafspraken voor brillen gelden alleen als u kiest voor glazen die zijn opgenomen in het Achmea health glasprogramma. In de winkels van Hans Anders vertellen ze u graag meer over het glasprogramma.

Met Het Huis Opticiens hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- u kunt een complete enkelvoudige bril uit de Collectie van Het Huis (het huismerk van Het Huis) aanschaffen voor € 149,-. Uw prijsvoordeel is minimaal € 45,-;
- u kunt een complete multifocale bril uit de Collectie van Het Huis aanschaffen voor € 249,-. Uw prijsvoordeel is minimaal € 65,-;
- u krijgt een korting van 15% op alle contactlenzen van Het Huis.

Om van deze prijsafspraken gebruik te maken hebt u een geldig verzekeringsbewijs of zorgpasje nodig.

art 76 | Ooglaseren (refractiechirurgie)

Achmea health

U hebt recht op een korting van 15% op de tarieven bij Vision Clinics voor alle refractiechirurgiebehandelingen voor de vervanging van het dragen van een bril of lenzen.

art 77 | Cosmetische ingrepen

Achmea health

U hebt recht op een korting van 20% op de tarieven van de volgende chirurgische ingrepen van cosmetische aard die niet medisch noodzakelijk zijn:

- Boven ooglidcorrecties;
- Onder ooglidcorrecties;
- Oorcorrecties;
- Neuscorrecties;
- Endoscopische voorhoofdlift;
- Face- of halslift;
- Borstvergrotingen;
- Borstverkleiningen;
- Buikwandcorrecties;
- Liposuctie (geen liposculpture).

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling wordt uitgevoerd in een privé-kliniek van Medinova.

art 78 | Fitness

Achmea health

Bij de Achmea health Centers krijgt u korting van:

- 50% op het (eenmalige) inschrijfgeld;
- 20% op de contributie;
- 25% op bepaalde cursussen.

Wilt u informatie over de cursussen waarvoor de korting geldt? Dan stuurt u een brief of kunt u bellen.

art 79 | Ontspanningsarrangementen

Achmea health

U kunt gebruikmaken van prijsafspraken die wij voor ontspanningsarrangementen hebben gemaakt met:

- Fontana in Nieuweschans;
- Thermaalbad Arcen in Arcen;
- Elysium in Bleiswijk;
- Thermae 2000 in Valkenburg;
- Centra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.

Wilt u informatie over arrangementen en tarieven? Stuurt u dan een brief of bel.

art 80 | On track wandel- en fietsroutes

Achmea health

U hebt recht op een korting van 50% op een jaarabonnement op On track. Via de website www.ontrack.nl heeft u daarmee toegang tot een uitgebreid en actueel assortiment aan wandel- en fietsroutes in Nederland.

art 81 | health shop

Achmea health

U krijgt korting bij aanschaf van producten in de Health shop op www.interpolis.nl/achmeahealth. In de Health shop kunt u producten kopen op het gebied van gezondheid en leefstijl. Hebt u recht op vergoeding hulpmiddelen voor:

- Diabetes;
- Incontinentie;
- een stoma,

uit het reglement Hulpmiddelen? Dan kunt u dit hulpmiddel bestellen in de health shop.