

## Verzekeringsreglement en vergoedingen

Ziekenfondswet en aanvullende verzekeringen

### Inhoudsopgave

<i>Inleiding</i>	<i>pagina 1</i>
<b>1</b> Begripsbepalingen	<i>pagina 2</i>
<b>2</b> Algemeen	<i>pagina 3</i>
<b>3</b> Aanmelding en inschrijving	<i>pagina 4</i>
<b>4</b> Verzekeringsbewijs	<i>pagina 4</i>
<b>5</b> Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving	<i>pagina 4</i>
<b>6</b> Verplichtingen van de verzekerde	<i>pagina 5</i>
<b>7</b> Schadevergoeding	<i>pagina 5</i>
<b>8</b> No claim	<i>pagina 5</i>
<b>9</b> Premievaststelling en premieheffing	<i>pagina 5</i>
<b>10</b> Peildata nominale premie	<i>pagina 6</i>
<b>11</b> Verschuldigdheid nominale premie	<i>pagina 6</i>
<b>12</b> Verhoging nominale premie	<i>pagina 6</i>
<b>13</b> Betaling premie	<i>pagina 6</i>
<b>14</b> Nalatigheid bij betaling nominale premie	<i>pagina 6</i>
<b>15</b> Zorgaanspraken	<i>pagina 6</i>
<b>16</b> Geldend maken van zorgaanspraken	<i>pagina 7</i>
<b>17</b> Zorgaanspraken in het buitenland	<i>pagina 7</i>
<b>18</b> Aansprakelijkheid zorgverzekeraar	<i>pagina 8</i>
<b>19</b> Aansprakelijkheid van derden	<i>pagina 8</i>
<b>20</b> Verval vorderingsrecht	<i>pagina 8</i>
<b>21</b> Wijziging reglement	<i>pagina 8</i>
<b>22</b> Informatie over klacht en beroep	<i>pagina 8</i>
<b>23</b> Persoonsgegevens	<i>pagina 8</i>
<b>24</b> Fraude	<i>pagina 8</i>
<i>Vergoedingen</i>	<i>pagina 9</i>

### 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.

### 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.**

### 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 9 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' (artikel 58 tot en met 83) als u ZorgActief of Zorgactief Extra hebt afgesloten.

## Verzekeringsreglement

### art 1 | Begripsbepalingen

---

*In dit reglement wordt verstaan onder:*

#### **Aanvullende verzekering**

De aanvullende verzekering(en) op de ziekenfondsverzekering.

#### **Ambulance**

Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevalsloffers, dat is toegelaten krachtens 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 op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

#### **Audiologisch centrum**

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

#### **Bijkomende kosten**

De neventarieven die door een instelling op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

#### **Dagverpleging**

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

#### **Eerstelijns psycholoog**

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

#### **Ergotherapeut**

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

#### **Fraude**

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van de zorgverzekeraar of verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar.

#### **Fysiotherapeut**

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

#### **Geneeskundig adviseur**

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

#### **Gezondheidszorg psycholoog**

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

#### **Huidtherapeut**

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

#### **Huisarts**

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

#### **Hulpmiddel**

Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in het reglement Hulpmiddelen.

#### **Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering**

Een vorm van zorg die in plaats komt van de wettelijke ziekenfondsverstrekking welke bestaat uit zorg of zorgelementen van deze wettelijke ziekenfondsverstrekking.

#### **Kaakchirurg**

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

#### **Kalenderjaar**

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

#### **Klinisch genetisch centrum**

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

#### **Laboratoriumonderzoek**

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

#### **Logopedist**

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

#### **Medeverzekerde**

De echtgeno(o)t(e) of partner en eigen, aangehuwde of pleegkinderen van de verzekerde, zoals omschreven in de Ziekenfondswet.

#### **Medische noodzaak**

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

#### **Medische specialist**

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

#### **Oefentherapeut**

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

**Orthodontist**

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

**Premie**

De nominale premie, procentuele premie en/of de premie voor de aanvullende verzekering.

**Podotherapeut**

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

**Revalidatie**

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

**Tandarts**

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

**Tandprotheticus**

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

**Terrorismeschade**

Schade als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme.

**U/uw**

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering.

**Verloskundige**

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

**Verzekerde**

De persoon die bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.

**Verzekering**

De ziekenfondsverzekering, de AWBZ en/of de aanvullende verzekering(en).

**Verzekeringsbewijs**

Het bewijs van inschrijving, een polisblad.

**Wet BIG**

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

**Wij/ons**

- a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A.
- b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V.

**Zelfstandig behandelcentrum**

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

**Ziekenfondsverzekering en/of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten**

De ziekenfondsverzekering zoals die is vastgesteld in de Ziekenfondswet (ZFW) en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

**Ziekenhuis**

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

**Ziekenhuisverpleging**

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

**Zorgverlener**

De zorgverlener of zorgverlenende instelling, met wie/waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

**Zorgverzekeraar**

- a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A.
- b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V.

---

art **2** | **Algemeen**

- 2.1 De wederzijdse rechten en verplichtingen van zorgverzekeraar en verzekerden worden bepaald door dit verzekeringsreglement. Een uitzondering geldt wanneer in de Ziekenfondswet, AWBZ of de statuten van de zorgverzekeraar andere bepalingen zijn of worden opgenomen.
- 2.2 Alle begrippen zoals omschreven in artikel 1 hebben in de Ziekenfondswet, de AWBZ en de aanvullende verzekering(en) dezelfde betekenis.

*art* **3 | Aanmelding en inschrijving**

---

- 3.1 De verzekerde meldt zich voor de ziekenfondsverzekering aan bij de zorgverzekeraar, door een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier in te leveren.
- 3.2 Bij aanmelding gaat de zorgverzekeraar na of is voldaan aan de voorwaarden volgens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ. Indien hieraan wordt voldaan, volgt inschrijving en bestaat daarna aanspraak op verstrekkingen volgens deze wetten.
- 3.3 Iedereen, die ingeschreven staat in de ziekenfondsverzekering, kan op eigen verzoek worden ingeschreven in de aanvullende verzekering(en). De verzekerde meldt zich aan voor de aanvullende verzekering(en) door het inleveren van een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier. Voorwaarde is dat dit verzoek ook geldt voor eventuele medeverzekerden. De verplichting om alle gezinsleden aan te melden is niet van toepassing voor de aanvullende tweede klassenverzekering en de aanvullende tandheelkundige verzekeringen.
- 3.4 De zorgverzekeraar kan een inschrijving in de aanvullende verzekering(en) weigeren indien:
- de verzekerde nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder werd afgesloten met de zorgverzekeraar;
  - de verzekerde zich schuldig heeft gemaakt aan het indienen van onjuiste of onterechte kostendeclaratie(s);
  - de gezondheidstoestand van de verzekerde hiertoe aanleiding geeft.

*art* **4 | Verzekeringsbewijs**

---

- 4.1 De ingeschreven verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een verzekeringsbewijs. Zodra de verzekerde niet (meer) voldoet aan de voorwaarden die gelden voor inschrijving, vervalt de geldigheid van het verzekeringsbewijs.
- 4.2 De zorgverzekeraar verstuurt elk (nieuw) verzekeringsbewijs naar het hem laatst bekende adres van de verzekerde.
- 4.3 Bij het invoeren van hulp moet de verzekerde het verzekeringsbewijs tonen aan de zorgverlener en/of zorgverlenende instantie.

*art* **5 | Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving**

---

- 5.1 Inschrijving in de ziekenfondsverzekering geschiedt volgens de bepalingen van de Ziekenfondswet. Aanvullende verzekeringen die gelijktijdig met de ziekenfondsverzekering zijn aangevraagd, gaan in op het moment dat de ziekenfondsverzekering ingaat. Aanvullende verzekeringen die later worden aangevraagd, gaan -met inachtneming van een medische selectie- in op de eerste van de maand volgend op die van aanmelding. De inschrijving kent een termijn van één kalenderjaar.

- 5.2 Als inschrijving na 1 januari plaatsvindt, loopt de inschrijvingstermijn door tot en met 31 december van het daarop volgende jaar.
- 5.3 De inschrijving voor de verzekering wordt na verloop van de eerste termijn (zie artikel 5.1 en 5.2) telkens met één kalenderjaar verlengd. Wil de verzekerde een inschrijving beëindigen, dan moet hij dit schriftelijk melden, uiterlijk één maand voor de dag waarop de termijn is verstreken.
- 5.4 Naast de bepalingen in artikel 5.3 en de bepalingen in de Ziekenfondswet en/of de AWBZ en/of dit reglement, geldt dat de zorgverzekeraar de inschrijving beëindigt:
- met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de verzekering voldoet;
  - met onmiddellijke ingang, indien de verzekerde niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
- 5.5 De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving van een medeverzekerde:
- tegelijk met de beëindiging van de inschrijving van de verzekerde aan wiens verzekering het recht op medeverzekering gebonden is;
  - met ingang van de dag waarop de medeverzekerde niet meer voldoet aan de vereisten voor inschrijving als medeverzekerde;
  - met onmiddellijke ingang, indien de medeverzekerde niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
- 5.6 Als de inschrijving wordt beëindigd, deelt de zorgverzekeraar dat schriftelijk mede.
- 5.7 Als de nominale premie wijzigt, heeft de verzekerde het recht de inschrijving te beëindigen. Verzekerde moet dit binnen 60 dagen -nadat de zorgverzekeraar de wijziging bekend heeft gemaakt- schriftelijk melden. De inschrijving eindigt op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de schriftelijke opzegging ontvangen is.
- 5.8 Als de zorgverzekeraar de premie voor de aanvullende verzekering verhoogt, heeft de verzekerde het recht de aanvullende verzekering te beëindigen. Verzekerde moet dit binnen een maand -nadat de zorgverzekeraar de wijziging bekend heeft gemaakt- schriftelijk melden. De aanvullende verzekering eindigt dan op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de schriftelijke opzegging ontvangen is.
- 5.9 De zorgverzekeraar zal de aanvullende verzekering(en) van de verzekerde en zijn eventue(e)le medeverzekerde(n) beëindigen indien de verzekerde of medeverzekerde zich schuldig heeft gemaakt aan het indienen van onjuiste of onterechte kostendeclaratie(s).

**art 6 | Verplichtingen van de verzekerde**

De verzekerde, en ook de gewezen verzekerde, is verplicht:

- a binnen 14 dagen, desgevraagd schriftelijk, alle inlichtingen te verstrekken die de zorgverzekeraar nodig heeft voor een goede uitvoering van de verzekering;
- b de verklaringen die voor de ziekenfondsverzekering of volgens dit reglement nodig zijn en/of verstrekt worden, binnen 14 dagen aan de zorgverzekeraar toe te zenden;
- c de zorgverzekeraar schriftelijk binnen 14 dagen op de hoogte te brengen van feiten of omstandigheden die hemzelf of (een) medeverzekerde(n) betreffen en die kunnen leiden tot beëindiging of wijziging van de inschrijving.

**art 7 | Schadevergoeding**

- 7.1 De zorgverzekeraar kan een vergoeding vragen aan de verzekerde voor schade die het gevolg is van onrechtmatige inschrijving. Deze bepaling geldt naast de bepaling in artikel 7.2 en het recht van de zorgverzekeraar de inschrijving te beëindigen. De hoogte van het schadebedrag dat de verzekerde aan de zorgverzekeraar voor de ziekenfondsverzekering moet betalen, wordt bepaald door het College voor Zorgverzekeringen. De hoogte van dit bedrag is gebaseerd op de landelijke gemiddelde kosten per ziekenfondsverzekerde, jonger dan 65 jaar.
- 7.2 Wie opzettelijk aanspraken doet als verzekerde zonder daartoe gerechtigd te zijn, is aansprakelijk voor een bedrag ter grootte van de uitgekeerde medische kosten. De zorgverzekeraar brengt dit bedrag in rekening als de uitgekeerde kosten hoger zijn dan het bedrag dat is berekend volgens artikel 7.1.
- 7.3 De verzekerde moet de bedragen zoals die in artikel 7.1 en 7.2 omschreven staan betalen binnen de termijn die door de zorgverzekeraar is bepaald. Doet hij dit niet, dan brengt de zorgverzekeraar kosten in rekening aan de (gewezen) verzekerde die schadelijkt is. Het betreft de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten.

**art 8 | No Claim**

- 8.1 Iedere verzekerde van 18 jaar of ouder die nominale premie verschuldigd is, heeft recht op teruggave van het zogenoemde no claimbedrag.
- 8.2 De hoogte van de no claim bedraagt maximaal € 255,- per persoon per kalenderjaar.
- 8.3 Alle kosten (met uitzondering van de kosten voor huisarts, kraamzorg en verloskunde) die in de loop van het kalenderjaar vanuit de ziekenfondsverzekering gemaakt worden, worden van het maximale no claimbedrag van € 255,- afgetrokken.

- 8.4 De berekening van de no claim vindt plaats in april volgend op het kalenderjaar waarop de no claim van toepassing is. In deze berekening worden nota's meegenomen, die voor 31 maart van het jaar volgend op het kalenderjaar waarop de no claim van toepassing is door ons zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten in het voorafgaande kalenderjaar.
- 8.5 Nota's die na 31 maart volgend op het kalenderjaar waarop de no claim van toepassing is door ons zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten in het voorafgaande kalenderjaar, kunnen leiden tot een terugvordering van de uitbetaalde no claim dan wel verrekend worden met de no claim van het daaropvolgende kalenderjaar.
- 8.6 De no claim is alleen van toepassing op de ziekenfondsverzekering en niet op de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en).
- 8.7 De no claim geldt voor één kalenderjaar.
- 8.8 Indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat de no claim in per de eerste van de maand waarop deze leeftijd bereikt wordt. De no claim wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 8.9 Wanneer uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt de no claim voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 8.10 Bij beëindiging van uw verzekering in de loop van het kalenderjaar zal de no claim voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.

**art 9 | Premievaststelling en premieheffing**

- 9.1 De hoogte van de nominale premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heft een nominale premie voor de verzekerde van 18 jaar en ouder zelf en zijn medeverzekerde echtgenoot of partner.
- 9.2 De Ziekenfondswet bepaalt welke verzekerden van 65 jaar of ouder een procentuele premie aan de zorgverzekeraar betalen. In artikel 18 van deze wet is de hoogte daarvan vastgelegd. Het inkomen waarover premie geheven wordt, is eveneens in deze wet vastgelegd.
- 9.3 De zorgverzekeraar heft de premie voor de verschillende vormen van de aanvullende verzekering. De hoogte van deze premie wordt door de zorgverzekeraar vastgesteld.
- 9.4 De verzekerde betaalt de premie per maand. De premie moet vooruit betaald worden, uiterlijk op de laatste dag van de maand die voorafgaat aan de maand waarover de premie is verschuldigd. De zorgverzekeraar int de premie voor de verzekerde en zijn medeverzekerden.

9.5 De zorgverzekeraar brengt de verzekerde schriftelijk op de hoogte van premiewijzigingen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

#### **art 10 | Peildata nominale premie**

---

- 10.1 De zorgverzekeraar gaat voor het vaststellen van de premie uit van peildata. De zorgverzekeraar kan hier in bijzondere gevallen van afwijken.
- 10.2 De peildatum is de eerste dag van een kalendermaand. Wanneer de verzekerde zich meer dan 60 dagen na het ontstaan van het recht op verzekering bij de zorgverzekeraar aanmeldt, is de peildatum de eerste dag van de maand te rekenen vanaf 60 dagen voor de datum van inschrijving.
- 10.3 De premie wordt berekend vanaf de eerste peildatum tot en met de laatste dag van de kalendermaand waarin de laatste peildatum is gelegen.
- 10.4 Over iedere kalendermaand wordt premie berekend volgens artikel 10.3. Die premie wordt berekend voor de verzekerde en zijn eventuele medeverzekerden die op de eerste dag van de kalendermaand is/zijn ingeschreven.
- 10.5 Artikel 10.1 is niet van toepassing wanneer sprake is van een vergoeding van geneeskundige verzorging in de vorm van restitutie premie particuliere verzekering.

#### **art 11 | Verschuldigheid nominale premie**

---

De verzekerde is maandelijks slechts één keer nominale premie verschuldigd. Deze regel is van toepassing wanneer de verzekerde op grond van meer bepalingen uit de Ziekenfondswet toegang heeft tot de ziekenfondsverzekering.

#### **art 12 | Verhoging nominale premie**

---

- 12.1 Als de verzekerde zich later dan 60 dagen na het ontstaan van het recht op verzekering aanmeldt, wordt de nominale premie over de periode langer dan 60 dagen verhoogd. Die verhoging is maximaal het bedrag van de op het tijdstip van aanmelding geldende nominale premie op jaarbasis. Als de vertraagde aanmelding ook (of alleen) geldt voor zijn medeverzekerde, wordt de nominale premie op dezelfde wijze berekend.
- 12.2 Treft de verzekerde geen verwijt voor het overschrijden van de 60-dagen termijn bij inschrijving, dan wordt de nominale premie berekend vanaf het moment dat recht op verzekering bestaat.

#### **art 13 | Betaling premie**

---

- 13.1 De verzekerde betaalt de premie per (bank)giro. Hij kan een machtiging tot automatische incasso geven.

13.2 Als automatische incasso door schuld van de verzekerde niet mogelijk blijkt, heeft de verzekerde alsnog de plicht om zelf tijdig de premie te betalen.

13.3 Als de verzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarin de verzekering is geëindigd.

#### **art 14 | Nalatigheid bij betaling premie**

---

- 14.1 Bij de premiebetaling moet de verzekerde aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook indien de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. De verzekeraar verrekt achterstallige premie die verzekerde nog aan ons moet betalen met schadekosten die verzekerde bij ons heeft gedeclareerd en die de verzekeraar aan verzekerde moet betalen. Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie te verrekenen met schadekosten, dan kan de zorgverzekeraar administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan de verzekerde in rekening brengen.
- 14.2 De verzekeraar kan de in artikel 14.1 genoemde kosten pas in rekening brengen als de verzekerde niet op tijd betaalt na een schriftelijke aanmaning waarin een betalingstermijn is vermeld.
- 14.3 In aanvulling op artikel 14.1 en 14.2 geldt dat aanspraken volgens de aanvullende verzekering vervallen, als de premie niet is betaald binnen een maand na een betalingsverzoek van de zorgverzekeraar. De aanspraken vervallen automatisch met ingang van de eerste dag van de maand van achterstand. De betalingsplicht blijft bestaan. Bij premieachterstand beëindigen wij de aanvullende verzekeringen. Wanneer de volledige premieachterstand is voldaan, dan kunnen de aanvullende verzekeringen opnieuw worden aangevraagd. Aan het afsluiten hiervan gaat een medische acceptatie vooraf. Als de aanvraag akkoord is dan wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten. De aanvullende verzekering kan niet met terugwerkende kracht worden afgesloten.

#### **art 15 | Zorgaanspraken**

---

- 15.1 De verzekerde heeft aanspraak op verstrekkingen uit de Ziekenfondswet en de AWBZ. De aard, inhoud en omvang van deze verstrekking en de voorwaarden waaronder zij verstrekt worden, staan benoemd in deze wetten. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten vanuit de aanvullende verzekering(en), voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

- 15.2 U bent verplicht de nota's zo spoedig mogelijk aan ons toe te sturen, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Indien u dit niet doet, vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 15.3 U bent verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.
- 15.4 De aanvullende verzekering(en) omvat(ten) een pakket van verstrekkingen en vergoedingsregelingen die beschreven zijn in de vergoedingsregeling van de aanvullende verzekering(en).
- 15.5 De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar uitsluitend aanspraak maken op genoten verstrekkingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt.
- 15.6 Bij kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio-actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie, bestaat geen recht op uitkering en/of verstrekking.
- 15.7 De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Deze clause en het bijbehorend Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u opvragen.
- 15.8 Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van doktersverklaringen.
- 15.9 Indien de verzekerde - zo de in dit reglement bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade of kosten op grond van enige andere wet, voorziening, subsidiëring, publiekrechtelijke regeling of verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In zo'n geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
- 15.10 De zorgverzekeraar stelt elk jaar vast hoe de aanvullende verzekering(en) eruit zien voor wat betreft de inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekkingen. Wijzigingen worden door de zorgverzekeraar schriftelijk bekend gemaakt aan de verzekerde.
- 15.11 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
- de ziekenfondsverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
  - de tandheilkundige verzekering (GebitActief, GebitActief Extra, GebitActief Top); en het eventuele restbedrag ten laste van:
  - de aanvullende verzekering (ZorgActief, ZorgActief Extra).

---

**art 16 Geldend maken van zorgaanspraken**

---

- 16.1 Als de verzekerde zorg nodig heeft die deel uitmaakt van de ziekenfondsverzekering heeft hij de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verstrekt informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo'n overeenkomst bestaat.
- 16.2 Als de verzekerde zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft, moet hij vooraf toestemming vragen aan de zorgverzekeraar.
- 16.3 De verzekerde moet bij elk bezoek aan een zorgverlener of zorginstelling als bedoeld in artikel 16.1 en 16.2 een geldig verzekeringsbewijs laten zien.

---

**art 17 Zorgaanspraken in het buitenland**

---

- 17.1 De verzekerde kan zich voor hulp en zorg volgens de ziekenfondsverzekering wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland indien zulks voor zijn geneeskundige verzorging noodzakelijk is. De zorgverzekeraar moet hiervoor vooraf toestemming hebben verleend.
- 17.2 Als de verzekerde zich voor spoedeisende hulp tot een persoon of inrichting in het buitenland wendt, gelden de voorwaarden die in de Ziekenfondswet zijn bepaald.
- 17.3 De zorgverzekeraar vergoedt de door verzekerde gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners aan verzekerde in een Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

## **art 18 | Aansprakelijkheid zorgverzekeraar**

---

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor de verzekerde schade lijdt, is de zorgverzekeraar daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van het verzekerde verstrekkingenpakket.

## **art 19 | Aansprakelijkheid van derden**

---

- 19.1 Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde, moet de verzekerde de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Dit geldt naast de bepalingen in artikel 83a, 83b en 83c van de Ziekenfondswet en/of artikel 284 van het Wetboek van Koophandel. Deze bepaling geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen de verzekerde en een andere (rechts)persoon.
- 19.2 Als de verzekerde wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij de zorgverzekeraar en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 19.3 De verzekerde mag in eerste instantie geen enkele regeling treffen met een derde of iemand die namens die derde optreedt. De verzekerde moet allereerst contact opnemen met zijn eigen zorgverzekeraar.
- 19.4 De verzekerde mag geen enkele regeling treffen die de zorgverzekeraar in zijn rechten benadeelt. De verzekerde mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als hij daarvoor de schriftelijke toestemming van zijn zorgverzekeraar heeft.

## **art 20 | Verval vorderingsrecht**

---

- 20.1 Als de verzekerde recht heeft op een vergoeding uit een van de verzekeringen waarvoor dit reglement geldt, moet hij dit kenbaar maken aan de zorgverzekeraar voor 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin het recht op vergoeding is ontstaan. Deze eis is niet van toepassing als een andere bepaling uit de verzekering dit aanduidt of als de zorgverzekeraar zelf bepaalt dat de verzekerde de vordering niet tijdig kon indienen.
- 20.2 Bij aangetoonde fraude vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. De reeds uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten kunnen worden teruggevorderd.

## **art 21 | Wijziging reglement**

---

- 21.1 Dit verzekeringsreglement is van toepassing op de ziekenfondsverzekering, de AWBZ en de aanvullende verzekeringen.
- 21.2 Dit verzekeringsreglement kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden gewijzigd. Wijzigingen worden door de zorgverzekeraar schriftelijk aan de verzekerde medegedeeld.

## **art 22 | Informatie over klacht en beroep**

---

De zorgverzekeraar verschaft de verzekerde bij iedere beschikking informatie over de beroepsmogelijkheden. Op verzoek verstrekt de zorgverzekeraar tevens informatie over de klachtenprocedure.

## **art 23 | Persoonsgegevens**

---

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst en ten behoeve van fraudepreventie.

## **art 24 | Fraude**

---

Fraude is het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van de zorgverzekeraar of verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar. Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien u en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar:

- a aangifte doet bij de politie;
- b de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigt;
- c registratie doet in de tussen zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen;
- d uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvordert.

Op dit verzekeringsreglement is het Nederlands recht van toepassing.



**Model 95021**

blad 5

**Vergoedingsoverzicht**

Vergoeding	Artikel	Ziekenfonds (basis)	Zorg Actief	Zorg Actief Extra	Gebit Actief	Gebit Actief Extra	Gebit Actief Top	Klassen-verzekering	Achmea health
Alarmcentrale	34, 35, 73	•	•	•					•
Acnébehandeling	46			•					
Alarmeringsapparatuur	61								•
Alternatieve geneesmiddelen	24		•	•					
Alternatieve geneeswijzen/therapieën	23		•	•					
Astmacentrum Davos	4	•							
Audiologisch centrum	14	•							
Bevalling	28, 29	•	•	•					
Bewakingsapparatuur wiegendood	60								•
Brilmonturen, brillenglazen en contactlenzen	27, 77			•					•
Buitenland	34, 35, 73	•	•	•	•	•	•		•
Buitenland , preventieve vaccinaties	75								•
Camouflagetherapie	47			•					
Cosmetische behandelingen/ plastische Chirurgie	45, 79	•							•
Dagverpleging	1	•							
Energieverbeteringsprogramma	72								•
Epilatie	48			•					
Erfelijkheidsonderzoek	15	•							
Ergotherapie	20	•							
Farmaceutische zorg	18	•	•	•					
Fitness	80								•
Fysiotherapie	19	•	•	•					
Gasthuis / bezoekenkostenregeling	2		•	•					
Gasthuizen, verblijf bij poliklinische behandeling in ziekenhuis	3		•	•					
Health shop	83								•
Herstel en Balans	63								•
Herstellingsoorden	37			•					
Huisarts	17	•							
Hulpmiddelen	25, 65	•		•					•
In vitro fertilisatie	11	•		•					
Kraampakket	59								•
Kraamzorg	30, 31	•		•					
Leefstijltrainingen	69								•
Leukemieonderzoek bij kinderen	13	•							
Logopedie	21	•							
Medisch specialistische zorg, extramuraal	7	•							
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	•							
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	6	•							

Vergoeding	Artikel	Zieken- fonds (basis)	Zorg Actief	Zorg Actief Extra	Gebit Actief	Gebit Actief Extra	Gebit Actief Top	Klassen- verzekering	Achmea health
Nierdialyse	10	•							
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	19	•		•					
On track	82								•
Ontspanningsarrangement	81								•
Ooglaseren (refractiechirurgie)	78								•
Organtransplantaties	9	•							
Orthodontie	50		•	•					
Orthodontie, bijzondere gevallen	57	•							
Overgangsconsulent	68								•
Pedicurezorg	43			•					
Plakstrips mammaprothesen	25			•					
Plaswekker	26			•					
Podotherapie	41			•					
Preventieve cursussen	67								•
Preventieve onderzoeken	66								•
Psoriasisbehandeling	16		•	•					
Psychologische zorg	40		•	•					
Psychotherapie	39		•	•					
Reuma kuurbehandeling	36		•	•					
Revalidatie, deeltijdbehandeling	5	•							
Second opinion	62								•
Sportmedisch onderzoek	70								•
Sterilisatie	12			•					
Steunzolen	42			•					
Stottertherapie	22		•	•					
Tandheelkundige zorg, algemeen	52	•	•	•	•	•	•		
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	56	•							
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	55	•							
Tandheelkundige zorg, implantaten	51	•							
Tandheelkundige zorg, kronen, bruggen en inlays	52			•	•	•	•		
Tandheelkundige zorg, mesostructuur op implantaten	54	•							
Tandheelkundige zorg, prothesen	53	•							
Therapeutische kampen voor kinderen	38			•					
Thuiszorg gehandicapten en chronisch zieken	49			•					
Uitkering bij adoptie	32		•	•					
Vakantie, bemiddeling bij zorg	76								•
Vakantiedokter	74								•
Verloskundige zorg	28	•							
Verpleegartikelen	64								•
Vervoer van zieken	33	•	•	•					
Voedingsvoorlichting	71								•
Zelfstandig behandelcentrum	8	•							
Ziekenhuisopname	1	•						•	
Zorggarantie en zorgbemiddeling	58								•

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

---

*Ziekenfonds (basis)*

*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 en vervoer bij ziekenhuisopname**

---

*ZorgActief, ZorgActief Extra*

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.

art **3** | **Overnachting in een gasthuis bij een ziekenhuis**

---

*ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van een overnachting in een gasthuis. Wij vergoeden maximaal € 35,- per dag.

art **4** | **Nederlands Astma Centrum in Davos (Zwitserland)**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 **5** | **Deeltijdbehandeling voor revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 6 | Medisch specialistische zorg (poliklinisch)**

---

*Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist of kaakchirurg met wie wij een contract hebben gesloten;
- 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 7 | Medisch specialistische zorg (extramuraal)**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 8 | Zelfstandig behandelcentrum**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 9 | Organtransplantaties**

---

*Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden:

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefselyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd die de Nederlandse Transplantatie Stichting u in rekening heeft gebracht;
- de kosten van verpleging en behandeling van de donor van de organen of weefsels op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;
- de kosten van 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/haar behandeling direct en alleen maar het gevolg is van de transplantatie.

**art 10 | Nierdialyse**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 11 | In vitro fertilisatie**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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. Vanuit de ziekenfondsverzekering wordt alleen de 2e en 3e behandeling per te realiseren zwangerschap vergoed voor de gehele duur van de verzekering.

*ZorgActief Extra*

Wij vergoeden conform 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. Vanuit ZorgActief Extra wordt de eerste behandeling per te realiseren zwangerschap vergoed voor de gehele duur van de verzekering.

*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 12 | Sterilisatie**

---

*ZorgActief Extra*

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

*Uitsluiting*

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

**art 13 | Leukemieonderzoek bij kinderen**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 | Audiologisch centrum**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 15 | Erfelijkheidsonderzoek**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 16 | Behandeling van psoriasis**

---

*ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een psoriasisdagbehandelingscentrum, waarmee wij een contract hebben gesloten. Wij vergoeden maximaal:

- € 750,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief hebt;
- € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Extra hebt.

*Voorwaarden voor vergoeding*

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

**art 17 | Huisarts**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 18 | Farmaceutische zorg**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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 hebt 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.

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 met wie 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 hebt u vooraf onze goedkeuring gekregen.

*ZorgActief, ZorgActief Extra*

Bent u een vrouw van 21 jaar of ouder? 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 met wie 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 19 | Fysiotherapie en oefentherapie

---

### *Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van:

- behandeling door een fysiotherapeut, tot een maximum van 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- behandeling door een kinderfysiotherapeut, tot maximaal 18 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- behandeling door een oefentherapeut, tot een maximum van 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut, als aanvulling op de eerste 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut;
- het noodzakelijk aantal behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, er bestaat een limitatieve lijst waarop deze aandoeningen worden genoemd.

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

### *Voorwaarde voor vergoeding*

Een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft u doorverwezen.

### *Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden voor verzekerden vanaf 18 jaar de kosten van het noodzakelijk aantal behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, er bestaat een limitatieve lijst waarop deze aandoeningen worden genoemd. Wij vergoeden de kosten vanaf de tiende behandeling.

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

### *Voorwaarde voor vergoeding*

Een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft u doorverwezen.

### *ZorgActief*

Wij vergoeden de kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut per kalenderjaar.

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.
- Voor vergoeding van behandeling door een fysiotherapeut met wie wij een contract gesloten hebben, moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

### *ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van:

- behandeling door een fysiotherapeut bij niet-chronische aandoeningen;
  - behandeling door een oefentherapeut bij niet-chronische aandoeningen;
  - de eerste 9 behandelingen bij chronische aandoeningen.
- 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 schriftelijke toestemming van ons hebben.

### *ZorgActief Extra*

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.

### *Voorwaarde voor vergoeding*

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

## art 20 | Ergotherapie

---

### *Ziekenfonds (basis)*

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

### *Voorwaarde voor vergoeding*

Een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft u doorverwezen.

## art 21 | Logopedie

---

### *Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist, met wie wij een contract hebben gesloten.

### *Voorwaarde voor vergoeding*

Een huisarts, bedrijfsarts 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 22 | Stottertherapie

---

*ZorgActief, ZorgActief Extra*

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.

In de hierna genoemde 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;
- € 450,-- per verzekerde tijdens de gehele duur van de verzekering als u ZorgActief Extra hebt.

art 23 | Alternatieve geneeswijzen en therapieën

---

*ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van:

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

Wij vergoeden:

- maximaal € 30,-- per dag tot maximaal € 125,-- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief hebt;
- maximaal € 30,-- per dag tot maximaal € 250,-- per verzekerde per kalenderjaar als u ZorgActief Extra hebt.

*Voorwaarden voor vergoeding*

- De alternatieve genezer of therapeut:
  - is lid van een Nederlandse beroepsvereniging van alternatieve genezers;
  - voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.
- Als de alternatieve genezer ook uw huisarts is worden de kosten niet vergoed.

art 24 | Alternatieve geneesmiddelen

---

*ZorgActief, ZorgActief Extra*

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

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

*Voorwaarden voor vergoeding*

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

art 25 | Hulpmiddelen

---

*Ziekenfonds (basis)*

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.

*Voorwaarden voor vergoeding*

- Voor veel hulpmiddelen hebt 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, met wie we een contract hebben. Een overzicht van die leveranciers in uw omgeving kunt u 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;
- Wanneer u zelf een nota indient van een hulpmiddel dat u hebt aangeschaft bij een leverancier met wie wij geen contract hebben gesloten, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier, met wie wij wel een contract hebben gesloten. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen.

*ZorgActief Extra*

Voor de hierna genoemde hulpmiddelen, die vergoed worden volgens het Reglement Hulpmiddelen, geldt een afwijkende vergoeding.

- 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 Extra*

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

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

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

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

U hebt recht op de vergoeding van installatie- en huurkosten volgens het Reglement Hulpmiddelen.

### **art 26 | Plaswekker**

#### *ZorgActief Extra*

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

### **art 27 | Brillen en contactlenzen**

#### *ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen en contactlenzen bij 4,25 dioptrieën of meer. Wij vergoeden maximaal € 70,- per verzekerde per 36 maanden.

### **art 28 | Verloskundige zorg en bevalling**

#### *Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden:

- de kosten van verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts;
- de kosten van het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt op medische indicatie in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch) of kraaminrichting;
- een gedeelte van de kosten van het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting bestaat.

### **art 29 | Poliklinische bevalling zonder medische indicatie**

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij vergoeden bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie 50% van de op basis van de Ziekenfondswet in rekening gebrachte eigen bijdrage.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

De huisarts of verloskundige leidt zelf de bevalling.

### **art 30 | Kraamzorg**

#### *Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden de kosten van kraamzorg:

- thuis, er geldt een eigen bijdrage per uur;
- in het ziekenhuis, er geldt een eigen bijdrage als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis verblijft. U krijgt maximaal de eerste 10 dagen na de bevalling kraamzorg.

### **art 31 | Uitgestelde kraamzorg en kraamzorg bij adoptie**

#### *ZorgActief Extra*

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden maximaal 15 uur zogenoemde uitgestelde kraamzorg of kraamzorg bij adoptie. Er geldt een eigen bijdrage per uur.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

De kraamzorg moet beginnen na 10 dagen na de bevalling (uitgestelde kraamzorg) of bij opname in het gezin van een adoptiekind dat jonger dan 1 jaar is (kraamzorg bij adoptie).

### **art 32 | Uitkering bij adoptie**

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

Nadat één of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de verzekering wettig zijn geadopteerd zijn bijgeschreven in uw ziektekostenverzekering, krijgt u van ons een eenmalige uitkering van:

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

### **art 33 | Ziekenvervoer**

#### *Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

- per ambulance van en naar het ziekenhuis;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer, eigen vervoer of door ons gecontracteerd taxivervoer bij patiënten die:
  - nierdialyse ondergaan;
  - oncologische behandelingen met radio- en chemotherapie ondergaan;
  - visueel gehandicapt zijn;
  - rolstoelafhankelijk zijn.

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule. U dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig en gedurende meerdere keren per week te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer. De zorgverzekeraar bepaalt of u hiervoor in aanmerking komt.



De vergoeding voor het eigen vervoer bedraagt € 0,22 per kilometer. Er geldt voor alle vormen van zittend ziekenvervoer tezamen een eigen bijdrage van € 82,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Het vervoer houdt verband met zorg die wij vanuit uw ziekenfondsverzekering vergoeden;
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden. In het buitenland geldt een maximum afstand van 200 km vanaf en naar de woonplaats van de verzekerde;
- 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;
- Wanneer u een nota indient van een vervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een vervoerder met wie wij wel een contract hebben. U moet er dus rekening mee houden dat een deel van de nota niet wordt vergoed.

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer als u op medische gronden geen gebruik kunt maken van openbaar vervoer.

Wij vergoeden de kosten van door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoeltaxi) of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

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

De vergoeding voor het eigen vervoer per auto bedraagt € 0,19 per kilometer.

Voor vervoer per taxi of eigen vervoer tezamen bestaat een eigen bijdragen van € 82,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Het vervoer houdt verband met zorg die wij vanuit uw ziekenfondsverzekering, de AWBZ of uw aanvullende verzekering vergoeden;
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde 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 34** | **Buitenland**

### *Ziekenfonds (basis)*

#### *Medische zorg bij verblijf in het buitenland in verband met vakantie of studie*

Wij vergoeden de kosten van spoedeisende medische zorg bij verblijf in het buitenland vanwege vakantie of studie, volgens de daarvoor geldende internationale verdragen. Dit betekent dat wij alleen kosten vergoeden volgens de wettelijke bepaling van het land waar u tijdelijk

verblijft. De vergoeding geldt niet wereldwijd. U kunt er alleen aanspraak op maken in de volgende landen: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Groot-Brittannië, Hongarije, Ierland, IJsland, Italië, Letland, Litouwen, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Zweden, Bosnië-Herzegovina, Joegoslavië, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Tunesië, Turkije, Australië.

#### *Medische zorg bij verblijf in het buitenland in verband met beroepswerkzaamheden*

Wij vergoeden de kosten van spoedeisende medische zorg bij verblijf in het buitenland vanwege beroepswerkzaamheden. Deze vergoeding is, bij verblijf in een van de hiervoor genoemde landen, volgens de daarvoor geldende internationale verdragen. Dit betekent dat wij in die landen slechts kosten vergoeden volgens de wettelijke bepaling van het land waar u verblijft. De vergoeding geldt ook voor de medeverzekerden die u in het buitenland vergezellen.

#### *Niet spoedeisende zorg*

Wij vergoeden de kosten van niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling als deze zorg door ons gecontracteerd is.

Als u zich laat behandelen voor niet door ons gecontracteerde, niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling, 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*

- U moet vooraf contact met ons opnemen;
- De kosten worden alleen vergoed als ze ook in Nederland zouden zijn vergoed;
- De voorwaarden zoals die voor vergoeding in Nederland gelden, zoals bijvoorbeeld de noodzaak van vooraf door ons verleende toestemming, blijven van kracht.

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

##### *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 hebt gemaakt.

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

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

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra, GebitActief, GebitActief Extra, GebitActief Top*

##### *Spoedeisende zorg*

Tijdens uw verblijf 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.

Wij vergoeden de kosten bij een verblijf in het buitenland van maximaal 6 maanden.

##### *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 hebt. De kosten vallen dan onder deze tandheelkundige verzekering.

#### **art 35 | Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland**

---

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

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 de alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

#### **art 36 | Reumakuurbehandeling**

---

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij geven maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten 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*

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

#### **art 37 | Herstellingsoorden**

---

#### *ZorgActief Extra*

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 38 | Therapeutische kampen**

---

#### *ZorgActief Extra*

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*

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 39 Psychotherapie**

---

*ZorgActief*

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u moet betalen voor psychotherapiebehandelingen die u uit de AWBZ vergoed krijgt door een psychotherapeut met wie een zorgkantoor een contract heeft gesloten. Wij vergoeden maximaal € 750,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

*ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de eigen bijdrage en de kosten van psychotherapiebehandelingen die u krijgt als aanvulling op de behandelingen die u uit de AWBZ vergoed krijgt. Wij vergoeden maximaal € 1.500,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

**art 40 Kortdurende psychologische zorg**

---

*ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van psychologische zorg. Wij vergoeden 75% tot:

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

*Voorwaarden voor vergoeding*

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking;
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog;
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of, bij arbeidsgerelateerde klachten, van een bedrijfsarts.

**art 41 Podotherapie**

---

*ZorgActief Extra*

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

- 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 42 Steunzolen**

---

*ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen. Wij vergoeden de kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar éénmaal per kalenderjaar en voor verzekerden van 18 jaar en ouder éénmaal per 24 maanden. Wij vergoeden maximaal € 35,- per paar.

*Voorwaarden voor vergoeding*

- De steunzolen zijn voorgeschreven door een behandelend arts.
- De steunzolen zijn geleverd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

**art 43 Pedicurezorg**

---

*ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging voor diabetici en bij dreigende voetproblemen bij verzekerden met reuma. Wij vergoeden maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 126,- per verzekerde per kalenderjaar.

*Voorwaarde voor vergoeding*

De pedicure staat met de aantekening 'Diabetische voet' geregistreerd bij de Landelijke organisatie voor de Voetverzorger/Pedicure (ProVoet) of voldoet aan de betreffende kwaliteitseisen van ProVoet.

**art 44 Dieetadvisering**

---

*Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden de kosten van maximaal 4 uur voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten per verzekerde per kalenderjaar.

*Voorwaarden voor vergoeding*

- De behandeling wordt uitgevoerd door een diëtist of zorginstelling waarmee wij een contract hebben;
- U hebt een schriftelijke verwijzing van de arts of tandarts.

**art 45 Cosmetische behandelingen/Plastische chirurgie**

---

*Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien de behandeling strekt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

*Voorwaarde voor vergoeding*

U hebt een schriftelijke verwijzing van de arts of tandarts.

#### *Uitsluiting*

Wij vergoeden niet de kosten van:

- borstvergroting anders dan bij borstamputatie;
- correctie van bovenoogleden, buikwand en oorstand.

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van correctie van bovenoogleden en oorstand indien de behandeling strekt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

U moet vooraf schriftelijke toestemming hebben.

### **art 46 | Acnébehandeling**

---

#### *ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van een acnébehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden maximaal € 185,-- per verzekerde per 60 maanden.

### **art 47 | Camouflagetherapie**

---

#### *ZorgActief Extra*

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen. Wij vergoeden maximaal € 100,-- per verzekerde per kalenderjaar.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

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

### **art 48 | Epilatiebehandeling**

---

#### *ZorgActief Extra*

Wij vergoeden 75% van de kosten van epilatiebehandeling bij vrouwen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden maximaal € 500,-- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Er is sprake van gezichtsbehandling 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 49 | Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken**

---

#### *ZorgActief Extra*

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt of chronisch ziek zijn 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 7 dagen achter elkaar afwezig wegens ziekte of vakantie.

### **art 50 | Orthodontie**

---

#### *ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of tandarts met wie wij een contract hebben gesloten. Wij vergoeden voor maximaal 24 behandelmaanden voor de gehele duur van de verzekering:

- 50% van de kosten als u ZorgActief hebt;
- 75% van de kosten als u ZorgActief Extra hebt.

#### *Uitsluiting*

In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij geen kosten van reparatie of vervanging.

### **art 51 | Tandheelkundige implantaten**

---

#### *Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige implantaten, inclusief de zogenoemde suprastructuur.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- U hebt vooraf onze toestemming gekregen. De kaakchirurg die u behandelt of een tandarts, met wie wij een contract hebben gesloten, dient de aanvraag in;
- Er moet sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een passende prothese te maken is. Wij beoordelen of hiervan sprake is.

### **art 52 | Tandheelkundige zorg - algemeen**

---

#### *Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van behandeling door een tandarts met wie wij een contract hebben gesloten.

#### *Uitsluiting*

De kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen, implantaten en orthodontische hulp door een tandarts vergoeden wij niet.

*ZorgActief, ZorgActief Extra*

Wij vergoeden voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van de volgende verrichtingen:

- Inlays (R11, R12 en R13);
- Kronen inclusief noodvoorziening (R20, R25, R26, R27, R28);
- Bruggen en etsbruggen (R40, R45, R60, R61, R65);
- Indirecte labiale veneering (R78, R79);
- Techniekkosten kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen (R00) tot maximaal € 70,- per element;
- Solitair implantaat (I13/238045) tot maximaal € 455,- per 24 maanden van de totale behandelingskosten;
- Overige codes (geen vergoeding techniekkosten) (R31, R32, R33, R46, R74, R75, A10).

Wij vergoeden van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen maximaal 3 elementen per 24 maanden.

*Voorwaarde voor vergoeding*

Bij de beoordeling van het recht op vergoeding gaan wij uit van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging.

*GebitActief, GebitActief Extra en GebitActief Top*

Wij vergoeden voor verzekerden vanaf 18 jaar 75% van de kosten van tandheelkundige behandelingen:

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

*Voorwaarde voor vergoeding*

Een tandarts of tandprotheticus met wie wij een contract hebben gesloten, voert de behandeling uit. Een mondhygiënist(e) die vrijgevestigd is mag wel het volgende doen:

- preventie en mondhygiëne;
- paradontologische behandelingen.

Het moet 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 53 | Tandheelkundige zorg - prothesen***Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden de kosten van:

- een uitneembare volledige prothese, wij vergoeden 75% van de kosten;
- een uitneembare volledige boven- of onderprothese, wij vergoeden 75% van de kosten;
- een prothese op implantaten, er geldt een eigen bijdrage van € 90,- per boven- of onderprothese;
- een overkappingsprothese (op natuurlijke wortels).

*Voorwaarden voor vergoeding*

- Een tandarts met wie wij een contract hebben levert en declareert de prothese. Ook een tandprotheticus met wie wij een contract hebben mag een prothese, die wij noemen in het eerste en tweede gedachtestreepje, leveren en declareren;
- Een tandarts of tandprotheticus met wie wij een contract hebben, voert de reparaties aan de prothese uit.

**art 54 | Tandheelkundige zorg - mesostructuur op implantaten***Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden de kosten van de mesostructuur op implantaten. Wij vergoeden ook het honorarium van de tandarts met wie wij een contract hebben en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

*Voorwaarden voor vergoeding*

- Een tandarts met wie wij een contract hebben of een centrum voor bijzondere tandheelkunde maakt en plaatst de mesostructuur. Als de mesostructuur wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, vergoeden wij in plaats van de UPT-codes (Uniforme Particuliere Tarieven) het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief;
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen. Bij de aanvraag stuurt u een behandelplan. Wij geven u de toestemming niet als de voorgestelde behandeling niet geschikt is voor het doel, onnodig kostbaar of onnodig ingewikkeld is.

**art 55 | Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap***Ziekenfonds (basis)*

Als door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap andere dan normaal gebruikelijke tandheelkundige hulp noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandeling door een tandarts met wie wij een contract hebben.

U betaalt in sommige gevallen een eigen bijdrage.

*Voorwaarden voor vergoeding*

- Wij vergoeden de kosten alleen voor lichamenlijk en/of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen volgens de AWBZ;
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen. De zorgverlener dient de aanvraag in.

**art 56 | Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen**

---

*Ziekenfonds (basis)*

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. U betaalt in sommige gevallen een eigen bijdrage.

*Voorwaarde voor vergoeding*

U hebt vooraf onze toestemming gekregen. De zorgverlener dient de aanvraag in.

**art 57 | Orthodontie in bijzondere gevallen**

---

*Ziekenfonds (basis)*

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

*Voorwaarden voor vergoeding*

- De behandeling vereist medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines;
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen. De zorgverlener dient de aanvraag in.

**art 58 | 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 59 | 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 60 | 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 61 | 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 62 | Second opinion**

---

*Achmea health*

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

**art 63 | 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 64 | 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 65 | 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 66 | 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 67 | 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 68 | 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 69 | 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 70 | 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 71 | 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 72 | 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 73 | Alarmcentrale**

---

*Achmea health*

Wij vergoeden:

- de kosten van de organisatie van de hulpverlening door de alarmcentrale. In de artikelen 34 en 35 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 EuroCross International.

---

**art 74 | 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 75 | 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 76 | 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 77 | 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 78 | 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 79 | 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 80 | 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 81 | 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 82 | 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](http://www.ontrack.nl) heeft u daarmee toegang tot een uitgebreid en actueel assortiment aan wandel- en fietsroutes in Nederland.

---

**art 83 | health shop**


---

*Achmea health*

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

- Diabetes;
- Incontinentie;
- een stoma,

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

