



promovendum

— VERZEKERINGEN —



VOORWAARDEN AANVULLENDE EN TANDARTSVERZEKERING 2015



Inhoudsopgave

1.	Algemene voorwaarden Aanvullende Verzekeringen	4
2.	Voorwaarden Promovendum Servicepakket	14
3.	Aanvullende Verzekering Primair	18
4.	Aanvullende Verzekering Royaal	26
5.	Aanvullende Verzekering Optimaal	34
6.	Aanvullende Verzekering Excellent	47
7.	Tandartsverzekeringen	62



1. Algemene voorwaarden Aanvullende Verzekeringen

Artikel 1	Begripsomschrijvingen	4
Artikel 2	Aanmelding en inschrijving	7
Artikel 3	Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering	8
Artikel 4	Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico	9
Artikel 5	Premie	9
Artikel 6	Wijziging van premie en/of voorwaarden	11
Artikel 7	Vergoedingen	11
Artikel 8	Materiële controle en fraude	13



Artikel 1. Begripsomschrijvingen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 10 die gelden voor Promovendum Ruime Keuze 2015 zijn, met uitzondering van artikel 2.1 eerste zin, ook van toepassing op de aanvullende en tandartsverzekeringen. De voorwaarden van Promovendum Ruime Keuze 2015 sturen wij u op verzoek toe. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende en tandartsverzekeringen. In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Apotheekhoudende

(Internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

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.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Consult alternatieve geneeswijze

Behandeling gedurende een aaneengesloten periode met een maximale duur van 1 uur waarin de verzekerde zorg heeft gehad.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.



Fysiotherapeut

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.

Huisarts

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

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Promovendum Ruime Keuze 2015

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Sportmedische instelling

Een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).



Tandarts

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekering

Eén of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven Ziektekostenverzekeringen, die als aanvulling op Promovendum Ruime Keuze 2015 gesloten worden.

Verzekeringnemer

Degene die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wij/ons

De gevolmachtigde agent Caresco BV, aan wie door VGZ Zorgverzekeringen N.V. volmacht als bedoeld in artikel 4:79 Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend terzake uitvoering van zorgverzekeringen.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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



Zorgverzekeraar

VGZ Zorgverzekeringen N.V., gevestigd in Arnhem geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000666. Namens wie en voor wiens risico Caresco BV als gevolmachtigde agent zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) deze aanvullende verzekering uitvoert.

Artikel 2. Aanmelding en inschrijving

2.1

Iedereen, die recht heeft op Promovendum Ruime Keuze 2015, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen.

Een aanvullende verzekering kan nooit, met uitzondering van artikel 3.1, met terugwerkende kracht worden aangegaan. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het aanvraagformulier op onze website.

2.2

Wij kunnen een aanvraag voor een aanvullende verzekering weigeren wanneer:

- a. u nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
- b. u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 2.4 van Promovendum Ruime Keuze 2015;
- c. de gegevens die u met betrekking tot uw gezondheidstoestand op het aanvraagformulier heeft weergegeven hiertoe aanleiding geven;
- d. u op het moment van aanmelding al zorg behoeft, dan wel er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen van de aanvullende verzekering.



2.3 Collectieve overeenkomst

De bepalingen van de collectieve overeenkomst prevaleren indien en voor zover zij afwijken van het gestelde in deze algemene voorwaarden. Indien deze bepalingen niet langer van toepassing zijn op de verzekerde, worden de bepalingen van de individuele overeenkomst weer van toepassing.

Artikel 3. Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

3.1 Ingangsdatum en duur

De verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum en wordt afgesloten voor het jaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.

3.2 Einde van uw aanvullende verzekering

- a. U kunt uw aanvullende verzekering beëindigen:
 - door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december door ons ontvangen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en geëffectueerde opzegging is onherroepelijk;
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- b. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering:
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen de door ons binnen de gestelde betalingstermijn van in de tweede schriftelijke aanmaning gestelde betalingstermijn van ons nog niet zijn betaald. Wij beëindigen



zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerden, die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd;

- met onmiddellijke ingang:
 1. wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk) en deze inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;
 2. wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 3. bij aangetoonde fraude, zoals omschreven in artikel 2.4 van Promovendum Ruime Keuze 2015.
- c. Kennisgevingen gericht aan het laatst bij ons bekende (e-mail)adres, worden geacht de verzekeringnemer dan wel de verzekerde te hebben bereikt.

Artikel 4. Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn alleen van toepassing op Promovendum Ruime Keuze 2015 en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 5. Premie

5.1 Hoogte van de premie

Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

5.2 Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie giraal bij vooruitbetaling te voldoen. Onder premie wordt ook verstaan de heffingen en bijdragen die wij (op grond van wettelijke (al dan niet buitenlandse) verplichtingen) aan verzekerden in rekening brengen. Als wij de premie niet of niet tijdig incasseren, is de verzekeringnemer niettemin gehouden tot tijdige premiebetaling.



5.3 Niet-tijdige betaling

- a. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. Ingeval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning. Behoudens in geval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid c door ons zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd;
- b. Indien de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid a niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling;
- c. In afwijking van lid a kunnen wij, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand, de dekking schorsen indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de eerste premie na het aangaan van de overeenkomst;
- d. Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk of per e-mail gedaan;
- e. Als wij maatregelen treffen tot incasso van de vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

5.4 Overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.



Artikel 6. Wijziging van premie en/of voorwaarden

- a. Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.
- b. Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- c. Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- d. U mag de wijziging niet weigeren wanneer de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van een wijziging in wettelijke regelingen.

Artikel 7. Vergoedingen

7.1

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

7.2 Aanspraken bij verblijf in het buitenland

De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. In het kader van deze bepaling is artikel 9, dat geldt voor Promovendum Ruime Keuze 2015, van overeenkomstige toepassing.



Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Dit artikel is tevens niet van toepassing op artikel 7.4 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering. Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.

7.3 Samenloop

- a. U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:
 - vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015 verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik maken van niet gecontracteerde zorg;
 - kosten die met het eigen risico van Promovendum Ruime Keuze 2015 zijn verrekend, tenzij het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoed wordt vanuit de collectieve aanvullende verzekering;
 - wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.
- b. Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

Als u naast deze aanvullende verzekering een reisverzekering heeft afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt deze aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van deze aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling ter zake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van



geneeskundige kosten die vergoed worden. De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer vanwege toepassing van een vrijwillig gekozen eigen risico of een vergoedingsmaximum, geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Alleen in die situaties biedt deze aanvullende verzekering vergoeding volgens de geldende polisvoorwaarden.

7.4

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.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

7.5

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

- Promovendum Ruime Keuze 2015;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekeringen.

Artikel 8. Materiële controle en fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor Promovendum Ruime Keuze 2015 is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.



2. Voorwaarden Promovendum Servicepakket

Artikel 1	Inleiding	15
Artikel 2	Verhaalsbijstand/Juridisch advies	15
Artikel 3	Vergoedingen en aanspraken	15
Artikel 4	Voorwaarden Promovendum Servicepakket	16



Artikel 1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overige service en aanspraken van de verzekeringsovereenkomst beschreven. Ter toelichting: Deze overige service en aanspraken kunnen niet worden ontleend aan en zijn niet gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering.

Artikel 2. Verhaalsbijstand/Juridisch advies

Verhaalsbijstand en/of juridisch advies kan worden verleend bij:

- a. Het verhalen van door verzekerde geleden letselschade, als gevolg van een ongeval, op een wettelijk aansprakelijke derde of degene die daarvoor naar burgerlijk recht aansprakelijk is.
- b. Aanspraken op schadevergoedingen jegens aansprakelijke derden zowel op grond van een toerekenbare tekortkoming als op grond van een onrechtmatige daad als gevolg van medisch handelen.

De verhaalsbijstand wordt verleend door een met ons samenwerkende organisatie en alleen voor gebeurtenissen in Nederland. De betreffende organisatie beoordeelt en bepaalt of, en zo ja in hoeverre, verhaalsbijstand aan verzekerde wordt verleend. De van toepassing zijnde regeling (waar geen rechten aan kunnen worden ontleend) maakt geen deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en wordt desgewenst toegestuurd door ons.

Artikel 3. Vergoedingen en aanspraken

Voor een overzicht van de vergoedingen uit het Promovendum Servicepakket verwijzen wij u naar de website www.promovendum.nl/servicepakket.



Artikel 4. Voorwaarden Promovendum Servicepakket

4.1 Buitenland

Als u tijdens uw tijdelijk verblijf in het buitenland onverwachts ziek wordt en spoedeisende hulp nodig heeft, neem dan contact op met de alarmcentrale. Bij een ziekenhuisopname is dit verplicht. De hulpverleners van de alarmcentrale staan dag en nacht klaar om te helpen als u een arts wil bezoeken, opgenomen moet worden in een ziekenhuis of als u advies nodig heeft over een medisch probleem. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas.

U kunt rekenen op de volgende service:

- 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaarheid voor advies en hulp.
- Wereldwijde kennis van de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit van ziekenhuizen.
- Regelmatig contact met uw behandelend arts in het buitenland door het medisch team van de Alarmcentrale tijdens opname.
- Begeleiding tot en met uw herstel in het buitenland.
- Het organiseren van een medische repatriëring indien noodzakelijk (in geval u Promovendum Ruime Keuze 2015 met aanvullende dekking heeft).

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de hulpverlening door de Alarmcentrale.

De kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Alarmcentrale. In geval van nood kunt u zich dag en nacht en in het weekend in verbinding stellen met de Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas.

4.2 Zorgbemiddeling en Zorggarantie

4.2.1 Zorgbemiddeling

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kunt u een beroep doen op Zorgbemiddeling. Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op uw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt natuurlijk van de situatie af, maar in verreweg de meeste gevallen zijn wij er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.



4.2.2 Zorggarantie

Voor een groot aantal behandelingen geven wij een Zorggarantie af. Dit betekent dat voor deze behandelingen wordt gegarandeerd dat binnen 5 werkdagen een eerste consult kan plaatsvinden. Daarnaast garanderen wij voor deze behandelingen dat binnen 10 werkdagen de behandeling kan plaatsvinden, mits de diagnose van de medisch specialist dit toelaat en er geen andere diagnostiek vereist is. Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij onze afdeling Zorgbemiddeling.



3. Aanvullende Verzekering Primair

Artikel 1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	19
Artikel 2	Anticonceptie	20
Artikel 3	Buitenland wereldwijd	21
Artikel 4	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	22
Artikel 5	Hulpmiddelen en eigen bijdragen	23
Artikel 6	Leefstijltraining	24
Artikel 7	Plastische chirurgie	24
Artikel 8	Sportmedisch onderzoek en fitness	24
Artikel 9	Stottertherapie	25
Artikel 10	Voetbehandeling/Podotherapie	25



Artikel 1. Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen en therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden 80 % voor de gezamenlijke kosten tot een maximum van € 100,- per persoon per kalenderjaar. Per consult krijgt u een maximum van € 30,- (regulier tarief) vergoed. Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:
 - zijn voorgeschreven door een arts;
 - geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;
 - een volledig homeopathische samenstelling hebben;
 - zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- b. De alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van zorgverleners kunt u vinden in onze [Zorgzoeker](#). U kunt ook terecht bij een arts die BIG-geregistreerd is en die zich specifiek richt op acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, homeopathie of natuurgeneeswijzen. Artsen die lid zijn van de CAM-artsenverenigingen en de NAAV staan ook in onze [Zorgzoeker](#).
- c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.



Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief arts of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;
- van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz.

Artikel 2. Anticonceptie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Mirena (spiraaltje);
- Implanon;
- De anticonceptiepil;
- Condooms (ongeacht de leeftijd van de verzekerde).

Voorwaarden vergoeding

- De anticonceptiva worden vergoed tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS), de bovenlimietprijs.
- Condooms worden vergoed tot een maximum bedrag van € 20,- per kalenderjaar.

SOA Preventie

Wij vergoeden eenmalig de kosten van een SOA preventieconsult per jaar.



Artikel 3. Buitenland wereldwijd

3.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015 recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015 zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kunt u vinden op uw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

3.2 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;



- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximum bedrag van € 7.000,- per gebeurtenis.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kunt u vinden op uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

Artikel 4. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015 recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarde

Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waar mee wij afspraken hebben gemaakt kunt u vinden in onze [Zorgzoeker](#).

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen, zoals sportmassage, fysiofit en zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.
- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt.



Wij vergoeden 80% van de kosten tot een maximum bedrag van € 150,- per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult 80% het bedrag zoals opgenomen in de lijst maximale vergoedingen niet gecontracteerde zorgverleners tot een maximumbedrag van € 150,- per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut.

Artikel 5. Hulpmiddelen en eigen bijdragen

5.1 Vergoeding eigen bijdragen

Wij vergoeden de hieronder genoemde eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- Voor een pruik een maximum bedrag van € 50,- per kalenderjaar.
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen een bedrag van € 30,- eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen.
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, een bedrag van € 25,- per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015.

5.1.2 Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur inclusief twee broekjes) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,-. De vergoeding voor een plaswekker geldt eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.



Artikel 6. Leefstijltraining

Wij geven een tegemoetkoming van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van een basis leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Training & Coaching in Dalfsen voor:

- hartpatiënten;
- whiplashpatiënten;
- mensen met stress en burn-out gerelateerde klachten.

Voorwaarden

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

Artikel 7. Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 8. Sportmedisch onderzoek en fitness

Wij vergoeden:

- een sportmedisch onderzoek bij een Sportmedische instelling (aangesloten bij het FSMI) tot een maximum bedrag van € 114,- per 2 kalenderjaren;
- gedurende de looptijd van de verzekering eenmalig een bedrag van € 25,- van de inschrijfkosten van een fitnessclub. Wij vergoeden de inschrijfkosten na een bewijs van inschrijving en een bewijs van betaling.



Artikel 9. Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

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

Wij vergoeden per persoon een maximum bedrag van € 350,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 10. Voetbehandeling/Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 70,- per persoon per kalenderjaar.



4. Aanvullende Verzekering Royaal

Artikel 1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	27
Artikel 2	Anticonceptie/Sterilisatie	28
Artikel 3	Buitenland wereldwijd	29
Artikel 4	Fysiotherapie en oefen therapie Cesar/Mensendieck	30
Artikel 5	Hulpmiddelen en eigen bijdragen	31
Artikel 6	Leefstijltraining	32
Artikel 7	Plastische chirurgie	32
Artikel 8	Sportmedisch onderzoek en fitness	32
Artikel 9	Stottertherapie	33
Artikel 10	Voetbehandeling/Podotherapie	33



Artikel 1. Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen en therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden 80 % voor de gezamenlijke kosten tot een maximum van € 200,- per persoon per kalenderjaar. Per consult krijgt u een maximum van € 30,- (regulier tarief) vergoed. Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:
 - zijn voorgeschreven door een arts;
 - geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;
 - een volledig homeopathische samenstelling hebben;
 - zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- b. De alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van zorgverleners kunt u vinden in onze [Zorgzoeker](#). U kunt ook terecht bij een arts die BIG-geregistreerd is en die zich specifiek richt op acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, homeopathie of natuurgeneeswijzen. Artsen die lid zijn van de CAM-artsenverenigingen en de NAAV staan ook in onze [Zorgzoeker](#).
- c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.



Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief arts of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;
- van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz.

Artikel 2. Anticonceptie/Sterilisatie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Mirena (spiraaltje);
- Implanon;
- De anticonceptiepil;
- Condooms (ongeacht de leeftijd van de verzekerde).

Voorwaarden vergoeding

- De anticonceptiva worden vergoed tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS), bovenlimietprijs.
- Condooms worden vergoed tot een maximum bedrag van € 20,- per kalenderjaar.

SOA Preventie

Wij vergoeden eenmalig de kosten van een SOA preventieconsult per jaar.

Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie, als de behandeling plaatsvindt in:

- de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- In een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.



Uitsluitingen

- Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms.
- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.

De kosten van de nacontrole worden vergoed vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015.

Artikel 3. Buitenland wereldwijd

3.1 Spoedeisende en niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015 recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015 zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kunt u vinden op uw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.



3.2 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;
- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximum bedrag van € 7.000,- per gebeurtenis.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kunt u vinden op uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

Artikel 4. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015 recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarde

Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u vinden in onze [Zorgzoeker](#).

Uitsluitingen

- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen zoals sportmassage, fysiofit en zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.
- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt.



Wij vergoeden een maximum bedrag van € 300,- per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult maximaal het bedrag zoals opgenomen in de lijst maximale vergoedingen niet gecontracteerde zorgverleners tot een maximumbedrag van €300,- per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut.

Artikel 5. Hulpmiddelen en eigen bijdragen

5.1 Vergoeding eigen bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- Voor een pruik een maximum bedrag van € 50,- per kalenderjaar.
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen een bedrag van € 30,- eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen.
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, een bedrag van € 25,- per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015.

5.2 Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur inclusief twee broekjes) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,-. De vergoeding voor een plaswekker geldt eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.
- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.



Artikel 6. Leefstijltraining

Wij geven een tegemoetkoming van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van een basis leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Training & Coaching in Dalfsen voor:

- hartpatiënten;
- whiplashpatiënten;
- mensen met stress en burn-out gerelateerde klachten.

Voorwaarde

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

Artikel 7. Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 8. Sportmedisch onderzoek en fitness

Wij vergoeden:

- een sportmedisch onderzoek bij een Sportmedische instelling (aangesloten bij het FSMI)tot een maximum bedrag van € 114,- per 2 kalenderjaren;
- gedurende de looptijd van de verzekering eenmalig een bedrag van € 25,- van de inschrijfkosten van een fitnessclub. Wij vergoeden de inschrijfkosten na een bewijs van inschrijving en een bewijs van betaling.



Artikel 9. Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de behandelmethode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de behandelmethode BOMA van het instituut 'De Pauw' te Harlingen en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken in Deurningen.

Wij vergoeden per persoon een maximum bedrag van € 350,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 10. Voetbehandeling/Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 70,- per persoon per kalenderjaar.



5. Aanvullende Verzekering Optimaal

Artikel 1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	35
Artikel 2	Anticonceptie/Sterilisatie	36
Artikel 3	Buitenland wereldwijd	37
Artikel 4	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	38
Artikel 5	Herstel en balans	39
Artikel 6	Huidbehandelingen	39
Artikel 7	Hulpmiddelen en eigen bijdragen	40
Artikel 8	Verloskunde en kraamzorg	41
Artikel 9	Kuuroorden	42
Artikel 10	Orthodontie	43
Artikel 11	Plastische chirurgie	43
Artikel 12	Preventie	44
Artikel 13	Stottertherapie	44
Artikel 14	Verblijf	44
Artikel 15	Voetbehandeling/Podotherapie	45



Artikel 1. Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen en therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden voor de gezamenlijke kosten tot een maximum bedrag van € 500,- per persoon per kalenderjaar. Per consult krijgt u een maximum van € 30,- (regulier tarief) vergoed. Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:
 - zijn voorgeschreven door een arts;
 - geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;
 - een volledig homeopathische samenstelling hebben;
 - zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- b. De alternatief artsen of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van zorgverleners kunt u vinden in onze [Zorgzoeker](#). U kunt ook terecht bij een arts die BIG-geregistreerd is en die zich specifiek richt op acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, homeopathie of natuurgeneeswijzen. Artsen die lid zijn van de CAM-artsenverenigingen en de NAAV staan ook in onze [Zorgzoeker](#).
- c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.



Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief arts of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;
- van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz.

Artikel 2. Anticonceptie/Sterilisatie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Mirena (spiraaltje);
- Implanon;
- De anticonceptiepil.

Voorwaarden vergoeding

De anticonceptiva worden vergoed tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS), bovenlimietprijs.

Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie:

- in de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen

- Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms.
- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.

De kosten van de nacontrole worden vergoed vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015.



Artikel 3. Buitenland wereldwijd

3.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015 recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015 zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kunt u vinden op uw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.



3.2 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;
- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximum bedrag van € 7.000,- per gebeurtenis.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kunt u vinden op uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

Artikel 4. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015 recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarden

Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waar mee wij afspraken hebben gemaakt kunt u vinden in onze [Zorgzoeker](#).

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen, zoals sportmassage, fysiofit en zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.



- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt.

Wij vergoeden maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult maximaal het bedrag zoals opgenomen in de lijst maximale vergoedingen niet gecontracteerde zorgverleners tot 20 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut.

Artikel 5. Herstel en balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans. Wij vergoeden maximaal € 700,- per kalenderjaar.

Artikel 6. Huidbehandelingen

6.1 Acné behandeling (in het gezicht)

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.



6.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

6.3 Elektrische epilatie/Laserepilatie

Wij vergoeden elektrische epilatie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ernstig ontsierende gezichtsbehandling met een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

6.4 Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden een bedrag van € 545,- per 3 kalenderjaren voor behandeling van psoriasis in een psoriasis dagbehandelingcentrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasis dagbehandelingscentrum overleggen.
- Het psoriasis dagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Artikel 7. Hulpmiddelen en eigen bijdragen

7.1 Vergoeding eigen bijdragen

Wij vergoeden de hieronder genoemde eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:



- Voor een pruik een maximum bedrag van € 100,- per kalenderjaar.
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen een bedrag van € 30,- eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen.
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, een bedrag van € 50,- per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015.

7.2 Vergoeding brillen, brillenglazen en contactlenzen

Wij vergoeden voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte, eenmaal een bedrag van € 100,- per 2 kalenderjaren.

7.3 Vergoeding overige hulpmiddelen

Wij vergoeden voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte, eenmaal een bedrag van € 100,- per 2 kalenderjaren.

- Voor de aanschaf van batterijen voor hoortoestellen een maximum bedrag van € 25,- per 12 maanden.
- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur inclusief twee broekjes) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,-. De vergoeding voor een plaswekker geldt eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.
- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.

Artikel 8. Verloskunde en kraamzorg

8.1 Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van Promovendum Ruime Keuze 2015 in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg (thuis of in een geboortecentrum).

8.2 Eigen bijdrage poliklinische bevalling

Wij vergoeden aan de vrouwelijke verzekerde 50% van de kosten van de op basis van Promovendum Ruime Keuze 2015 in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage



voor de kosten van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

8.3 Couveuse nazorg

Wij vergoeden couveuse nazorg tot een maximum van 12 uur.

8.4 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden. Wij vergoeden maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling.

8.5 Kraamzorg bij adoptie

De zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 12 maanden (en niet al deel uitmaken van het desbetreffende gezin), evenals het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme. Wij vergoeden het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

8.6 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Bijzonderheden

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen. [Klik hier](#) voor het telefoonnummer van de kraamzorglijn.

Artikel 9. Kuuroorden

Kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan



van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden. Wij vergoeden een maximum bedrag van € 460,- eenmaal per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

- Privé uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 10. Orthodontie

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar 80% van de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Artikel 11. Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.



Artikel 12. Preventie

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de huidige wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, dan worden de kosten vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015 vergoed.

Artikel 13. Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de behandelmethode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de behandelmethode BOMA van het instituut 'De Pauw' te Harlingen en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken in Deurningen.

Wij vergoeden per persoon een maximum bedrag van € 650,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 14. Verblijf

14.1 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een door ons geselecteerde herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De door ons geselecteerde herstellingsoorden kunt u vinden via de [Zorgzoeker](#) op onze website of bij ons opvragen. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag tot maximaal 42 dagen per verzekerde per 3 kalenderjaren.



Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

14.2 Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

Wij vergoeden voor kinderen tot 16 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump).

Wij vergoeden een bedrag van € 10,- per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

14.3 Logieskosten

Vergoeding van de eigen bijdragen bij een noodzakelijk verblijf van ouders en eventuele partner in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, ingeval van opname van een meeverzekerd kind of partner.

Artikel 15. Voetbehandeling/Podotherapie

15.1 Voetbehandeling

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes. De vergoeding bedraagt maximaal € 70,- per kalenderjaar.

Voorwaarden

- De pedicure moet, met de kwalificatie 'Diabetische voet' (DV) geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes.
- Op de nota moet het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermeld staan.



Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van diabetische voeten voor zover deze valt onder de aanspraak van Promovendum Ruime Keuze 2015.

15.2 Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 70,- per persoon per kalenderjaar.



6. Aanvullende Verzekering Excellent

Artikel 1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	48
Artikel 2	Anticonceptie/Sterilisatie	49
Artikel 3	Buitenland wereldwijd	50
Artikel 4	Bijzondere voedingsmiddelen	51
Artikel 5	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	52
Artikel 6	Herstel en balans	52
Artikel 7	Huidbehandelingen	53
Artikel 8	Hulpmiddelen en eigen bijdragen	54
Artikel 9	Wettelijke eigen bijdrage farmacie (bovenlimietprijs GVS)	55
Artikel 10	Kraamzorg en bevalling	55
Artikel 11	Kuuroorden	56
Artikel 12	Orthodontie	57
Artikel 13	Plastische chirurgie	57
Artikel 14	Preventie	58
Artikel 15	Stottertherapie	59
Artikel 16	Verblijf	59
Artikel 17	Voetbehandeling/Podotherapie	60



Artikel 1. Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen en therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden in totaal maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar. Waarbij wij 100% van de kosten tot het bedrag van € 500,- vergoeden. Daarboven vergoeden wij 70 % van de kosten tot het maximum van €750,-. Per consult geldt een maximum vergoeding voor het bedrag van € 30,- (regulier tarief). Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:
 - zijn voorgeschreven door een arts;
 - geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;
 - een volledig homeopathische samenstelling hebben;
 - zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- b. De alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van zorgverleners kunt u vinden in onze [Zorgzoeker](#). U kunt ook terecht bij een arts die BIG-geregistreerd is en die zich specifiek richt op acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, homeopathie of natuurgeneeswijzen. Artsen die lid zijn van de CAM-artsenverenigingen en de NAAV staan ook in onze [Zorgzoeker](#).
- c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.



Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief arts of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;
- van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz.

Artikel 2. Anticonceptie/Sterilisatie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Mirena (spiraaltje);
- Implanon;
- De anticonceptiepil.

Voorwaarden vergoeding

De anticonceptiva worden vergoed tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS), bovenlimietprijs.

Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie:

- in de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.



Uitsluitingen

- Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms.
- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.

De kosten van nacontrole worden vergoed vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015.

Artikel 3. Buitenland wereldwijd

3.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015 recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015 zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kunt u vinden op uw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.



3.2 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;
- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kunt u vinden op uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

3.2 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

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

- Malaria;
- Difterie, tetanus en poliomyelites (DTP);
- Gele koorts;
- Tyfus;
- Cholera;
- Hepatitis A en B.

Artikel 4. Bijzondere voedingsmiddelen

Wij vergoeden een maximum bedrag van € 280,- per verzekerde per kalenderjaar voor vloeibare voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen dan wel thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.



Artikel 5. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015 recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarden

Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u vinden in onze [Zorgzoeker](#).

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen, zoals sportmassage, fysiofit en zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.
- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt.

Wij vergoeden maximaal 40 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult maximaal het bedrag zoals opgenomen in de lijst maximale vergoedingen niet gecontracteerde zorgverleners tot 40 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut.

Artikel 6. Herstel en balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans. Wij vergoeden maximaal € 700,- per kalenderjaar.



Artikel 7. Huidbehandelingen

7.1 Acné behandeling (in het gezicht)

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

7.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

7.3 Elektrische epilatie/Laserepilatie

Wij vergoeden elektrische epilatie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ernstig ontsierende gezichtsbehaarung met een bedrag van € 545,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.



7.4 Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden een bedrag van € 750,- per 3 kalenderjaren voor behandeling van psoriasis in een psoriasis dagbehandelingcentrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasis dagbehandelingscentrum overleggen.
- Het psoriasis dagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Artikel 8. Hulpmiddelen en eigen bijdragen

8.1 Vergoeding eigen bijdragen

Wij vergoeden de hieronder genoemde eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- Voor een pruik een maximum bedrag van € 100,- per kalenderjaar.
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen een bedrag van € 30,- eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen.
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, een bedrag van € 50,- per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015.

8.2 Vergoeding brillen, brillenglazen en contactlenzen

Wij vergoeden voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte, eenmaal een bedrag van € 230,- per periode van 2 kalenderjaren.

8.3 Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor de aanschaf van batterijen voor hoortoestellen een maximum bedrag van € 50,- per 12 maanden.
- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur inclusief twee broekjes) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,-.



De vergoeding voor een plaswekker geldt eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.

- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.
- Voor hulpmiddelen bij niet insuline afhankelijke diabetes een bedrag van € 45,- per kalenderjaar.
- Voor overige hulpmiddelen: een bedrag van € 455,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van een buikband, steunzolen (orthopedisch schoenmaker), niet verstevigde braces.

Artikel 9. Wettelijke eigen bijdrage farmacie (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van Promovendum Ruime Keuze 2015 tot maximaal € 115,- per kalenderjaar.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdragen als gevolg van de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de deelprestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten.

Artikel 10. Kraamzorg en bevalling

10.1 Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van Promovendum Ruime Keuze 2015 in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg (thuis of in een geboortecentrum).

10.2 Eigen bijdrage poliklinische bevalling

Wij vergoeden aan de vrouwelijke verzekerde 100% van de kosten van de op basis van Promovendum Ruime Keuze 2015 in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor de kosten van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

10.3 Couveuse nazorg

Wij vergoeden couveuse nazorg tot een maximum van 12 uur.



10.4 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden. Wij vergoeden maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling.

10.5 Kraamzorg bij adoptie

De zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 12 maanden (en niet al deel uitmaken van het desbetreffende gezin), evenals het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme. Wij vergoeden het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

10.6 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Bijzonderheden

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen. [Klik hier](#) voor het telefoonnummer van de kraamzorglijn.

Artikel 11. Kuuroorden

Kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden. Wij vergoeden een maximum bedrag van € 900,- eenmaal per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.



Uitsluiting

- Privé uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 12. Orthodontie

12.1 Orthodontie tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

12.2 Orthodontie bij 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) tot een bedrag van € 1.135,- eenmalig.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Artikel 13. Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.



Artikel 14. Preventie

14.1 Onderzoeken

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de huidige wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, worden de kosten vanuit Promovendum Ruime Keuze 2015 vergoed.

14.2 Griepvaccinatie

Wij vergoeden jaarlijks eenmalig de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep.

14.3 Preventieve cursussen

Wij vergoeden een bedrag van € 150,- per 2 kalenderjaren voor de kosten van preventieve cursussen. Wij geven deze tegemoetkoming voor preventieve cursussen gericht op afvallen, stoppen met roken en hartproblemen.

Voorwaarde voor vergoeding

De cursussen moeten worden georganiseerd door een thuiszorginstelling. U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

14.4 Leefstijltrainingen

Wij geven een tegemoetkoming van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van een basis leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Training & Coaching in Dalfsen voor:



- hartpatiënten;
- whiplashpatiënten;
- mensen met stress en burn-out gerelateerde klachten.

Voorwaarde

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

14.5 Korting op fitness

Wij geven 50% korting op de inschrijfkosten bij een fitnesscentrum met een maximum van € 25,-. Wij vergoeden de inschrijfkosten na een bewijs van inschrijving en een bewijs van betaling.

14.6 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult of een sportmedisch onderzoek door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI). Wij vergoeden een maximum bedrag van € 114,- één keer per 2 kalenderjaren.

Artikel 15. Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de behandelmethodes van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de behandelmethodes BOMA van het instituut 'De Pauw' te Harlingen en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken in Deurningen.

Artikel 16. Verblijf

16.1 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een door ons geselecteerde herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De door ons geselecteerde herstellingsoorden kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag tot maximaal 42 dagen per verzekerde per 3 kalenderjaren.



Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

16.2 Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

Wij vergoeden voor kinderen tot 16 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump).

Wij vergoeden een bedrag van € 10,- per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

16.3 Logieskosten

Vergoeding van de eigen bijdragen bij een noodzakelijk verblijf van ouders en eventuele partner in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een meeverzekerd kind of partner.

Artikel 17. Voetbehandeling/Podotherapie

17.1 Voetbehandeling

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar per persoon.

Voorwaarden

- De pedicure moet, met de kwalificatie 'Diabetische voet' (DV) geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes.
- Op de nota moet het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermeld staan.



Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van diabetische voeten voor zover deze valt onder de aanspraak van Promovendum Ruime Keuze 2015.

17.2 Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 150,- per persoon per kalenderjaar.



7. Tandartsverzekeringen

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. Tevens vergoeden wij de kosten voor eenvoudige extracties en implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door een kaakchirurg. De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Wij vergoeden niet de kosten van:

- keuringsrapporten en niet nagekomen afspraken;
- uitwendig bleken van tanden en kiezen;
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor;
- orthodontie;
- abonnementen;
- tandheelkundige verklaring;
- algehele narcose (A20);
- mondbeschermers (M61).

U kunt kiezen uit de volgende tandartspakketten (zie volgende pagina):



Tandartsverzekering Primair

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 250,- per persoon per kalenderjaar.

Tandartsverzekering Royaal

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Tandartsverzekering Optimaal

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 500,- per persoon per kalenderjaar. Daarboven vergoeden wij maximaal 70% (inclusief techniekkosten) van € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Tandartsverzekering Excellent

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 750,- per persoon per kalenderjaar. Daarboven vergoeden wij maximaal 70% (inclusief techniekkosten) van € 500,- per persoon per kalenderjaar.