

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de dekking	
Acnebehandeling	3.1
Alternatieve geneeswijzen	3.2
Automatische Externe Defibrillator pads	3.3
Begeleiding en nazorg bij kanker	3.4
Besnijdens	3.5
Bevalling en kraamzorg	3.6
Brillen of contactlenzen	3.7
Buitenland	3.8
Camouflage	3.9
Epilatie	3.10
Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptie-middelen)	3.11
Fysiotherapie en oefentherapie	3.12
GeboorteTENS	3.13
Hulpmiddelen	3.14
Kraampakket	3.15
Logeerhuis bij opname	3.16
Mantelzorg	3.17
Orthodontie	3.18
Orthoptie	3.19
Pedicure	3.20
Plakstrips voor mammaprothese	3.21
Plaswemaker	3.22
Podotherapie/ Podologie/Podoposturale therapie	3.23
Reiskosten ziekenbezoek	3.24
Second opinion	3.25
Steunzolen	3.26
Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar	3.27
Therapeutische kampen	3.28
Wildcard	3.29
4 Omvang van de dekking Preventie	
Beweegprogramma's	4.1
Mindfulness	4.2
Preventieve cursussen	4.3
Preventieve geneeskunde	4.4
Stoppen met roken	4.5
5 Uitsluitingen	
6 Diensten Managed Care	
7 Algemeen	
8 Premie	
9 Premiebetaling en betalingsachterstand	
10 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
11 Declaraties en onderbreking van de dekking	
12 Regres	
13 Fraude	

14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

15 Herziening van premie of voorwaarden

16 Duur van de verzekering

17 Toepasselijk recht en klachten

18 Bepalingen in verband met collectiviteit

Clausule terrorismedekking

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Alternatief genezer

Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een beroepsvereniging.

1.2 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artsnij-bereidkunst en een erkenning heeft als apothekhouder.

1.3 Apotheker

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

1.4 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.5 Basisarts

Een basisarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.6 Bedrijfsarts

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

1.7 Bekkenterapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenterapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF).

1.8 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.9 Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

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

1.10 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen.

1.11 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

1.12 Farmaceutische zorg

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

1.13 Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

1.14 Gecontracteerde zorg

Die zorg die de zorgaanbieder, op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst, mag verlenen dan wel voor vergoeding in aanmerking komt.

1.15 Gemiddeld contractstarief

Het gemiddelde tarief van alle zorgaanbieders waarmee De Amersfoortse voor een bepaalde behandeling of verstrekking een prijsafpraak heeft gemaakt.

1.16 Geriatrisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrisch fysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister geriatrische fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

1.17 Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut".

1.18 Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.19 Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

1.20 Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.21 Kinder- en jeugdpsycholoog

Een psycholoog, die geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als kinder- en jeugdpsycholoog en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals gesteld door het NIP.

1.22 Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF).

1.23 Kraamcentrum

Een instelling, conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

1.24 Kraamhotel

Een instelling waar verzekerde kan bevallen en/of (een deel van) de kraamtijd kan doorbrengen.

1.25 Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

1.26 Mantelzorger

Een persoon die onbetaald en niet in het kader van een hulpverlenend beroep zorg verleent aan een hulpbehoevende in diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie.

1.27 Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF).

1.28 Marktconforme vergoeding

Vergoeding naar de Nederlandse marktomstandigheden, welke gelijk is aan het notabedrag tenzij de rekening onredelijk hoog is.

1.29 Medisch adviseur

Een arts die ingeschreven is als arts Beleid en Advies in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de SGRC ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

1.30 Medisch-specialist

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

1.31 Meditel

Meditel B.V., Rietbaan 40-42, 2908 LP Capelle a/d IJssel. Telefoon (010) 284 66 77, fax (010) 284 66 78.

1.32 Mondhygiënist

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

1.33 NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

1.34 Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor

Fysiotherapeuten (KNGF).

1.35 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523).

1.36 Ongeval

Een plotseling en onverwacht, van buitenaf op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, waaruit rechtstreeks medisch vast te stellen letsel ontstaat.

1.37 Opname

Opname van 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 noodzakelijk moet zijn.

1.38 Optometrist

Een in Nederland gevestigde optometrist die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

1.39 Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.40 Orthoptist

Een orthoptist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523).

1.41 Pedicure

Een pedicure die met de aantekening voor diabetes, reuma of risicovoet geregistreerd staat in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

1.42 Podoloog

Een in Nederland gevestigde podoloog die lid is van de Stichting LOOP.

1.43 Podoposturaal therapeut

Een in Nederland gevestigde podoposturaal therapeut die als A-therapeut is aangesloten bij het OmniPodoGenootschap (O.P. Gen.).

1.44 Podotherapeut

Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523).

1.45 Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF).

1.46 Psychosomatisch oefentherapeut Cesar en Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar en Mensendieck die staat ingeschreven in het register psychosomatische oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

1.47 Schoonheidsspecialist

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B.

1.48 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

1.49 Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform

de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

1.50 Tijdelijk verblijf

Verblijf in het buitenland gedurende maximaal twaalf maanden. Bij opname in een ziekenhuis wordt de termijn tijdens de opname verlengd tot maximaal 365 dagen gerekend vanaf de dag van opname.

1.51 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland. Deze staten zijn: 'Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Japan, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije'.

1.52 Verloeskundige

Een verloeskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.53 Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.54 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

1.55 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.56 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

1.57 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een in Nederland gevestigd centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.58 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum Davos.

1.59 Zorgverzekeraar

ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

1.60 Zorgverzekering

Een bij een verzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet.

2 Prestatiewijze en dekking

2.1 Woonland

Deze aanvullende verzekering kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

Voor in Nederland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in Nederland en uitgevoerd is door een in Nederland gevestigde zorgverlener.

Voor verzekerden die wonen op kortere afstand dan 40 kilometer van de Belgische of Duitse grens geldt dat de kosten van zorg volledig voor vergoeding in aanmerking komen, indien de zorg wordt genoten in België of Duitsland. Indien de afstand groter dan 40 kilometer is, is vooraf toestemming van verzekeraar vereist.

Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in het woonland en uitgevoerd is door een in het woonland gevestigde zorgverlener.

Uitzondering hierop zijn de volgende vormen van zorg:

- artikel 3.7 Brillen of contactlenzen
- artikel 3.8 Buitenland
- artikel 3.12 Fysiotherapie en oefentherapie
- artikel 3.18 Orthodontie
- artikel 3.25 Second opinion

Deze zorg mag ook genoten worden in een ander EU-, EER- of verdragsland.

Vergoeding vindt plaats tot het maximale tarief zoals genoemd in artikel 2.3 De nadere voorwaarden van de desbetreffende artikelen blijven van kracht.

2.2 Aanvullend op zorgverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een zorgverzekering. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

2.3 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende marktconforme vergoeding.

2.4 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in deze aanvullende verzekering omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

2.5 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

2.6 Wijziging van verzekering

Indien verzekerde voor het afsluiten van deze aanvullende verzekering aansluitend een andere aanvullende verzekering had afgesloten bij de zorgverzekeraar dan gelden de volgende bepalingen.

2.6.1 Maximale vergoedingen

De bij de vorige aanvullende verzekering gedane uitkeringen zijn ook bij de nieuwe aanvullende verzekering van toepassing voor het bepalen van de eventuele

maximale vergoedingen, zoals omschreven in de desbetreffende artikelen van de nieuwe aanvullende verzekering.

2.6.2 Vergoedingstermijnen

Voor het bepalen van de termijn waarbinnen recht bestaat op vergoeding zoals omschreven in de desbetreffende artikelen van de nieuwe aanvullende verzekering, zijn ook de reeds gedane uitkeringen van de vorige aanvullende verzekering van toepassing.

3 Omvang van de dekking

3.1 Acnebehandeling

3.1.1 Behandeling van acne.

Vergoeding:

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. De daarvoor benodigde middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van ernstige vormen van acne in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.2 Alternatieve geneeswijzen

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.2.1 tot en met 3.2.19 tezamen gemaakte kosten voor alternatieve geneeswijzen.

Toelichting:

Alternatieve geneesmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking volgens artikel 3.11.

Laboratoriumkosten die zijn aangevraagd door een alternatief genezer komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.2.1 Acupunctuur.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), International Free University (IFU), Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI (NBCG YI) of Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP).

3.2.2 Antroposofie

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een antroposofisch arts die is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA). Vergoeding van reguliere consulten en behandelingen.

Geen vergoeding voor uitvoering door een niet-arts. Tevens bestaat er geen recht op vergoeding van de volgende behandelingen: dieettherapie, euritmie, kunstzinnige therapie, psychische hulpverlening, uitwendige therapie, heilpedagogie, spraaktherapie, meridiaantherapie, kleurentherapie, chirofonetiek en badtherapie.

3.2.3 Chiropractie.

Vergoeding:
Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA), Dutch Chiropractic Federation (DCF), Stichting Chiropractie Nederland (SCN) of Stichting Nationaal Register van Chiropractoren (SNRC).

3.2.4 Flebologie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een zelfstandig gevestigd arts. Geen vergoeding bij uitvoering door een niet-arts.

3.2.5 Fytotherapie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Fytotherapie (NVF).

3.2.6 Haptotherapie/Haptonomie

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH).

3.2.7 Iriscopie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een iriscopist.

3.2.8 Kindertherapie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van en voor kindertherapeuten (Vvvk).

3.2.9 Klassieke homeopathie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG/VHAN), Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH), Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH) of Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP).

Vergoeding van reguliere consulten en behandelingen.

3.2.10 Moermantherapie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Niet-Toxische Tumor Therapie (ANTTT). Geen vergoeding bij uitvoering door een niet-arts.

3.2.11 Natuurgeneeskunde.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een natuurgeneeskundig arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG/ABNG-2000) of uitgevoerd door een niet-arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG), Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunde (NWP), Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT) of Belangen Associatie Therapeut en Consument (BATC). Vergoeding van reguliere consulten en behandelingen.

3.2.12 Neuraal- en regulatietherapie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG/NVNR). Geen vergoeding bij uitvoering door een niet-arts. Alleen segmenttherapie en stoorveldtherapie worden vergoed.

3.2.13 (Ortho)manuele geneeskunde.

Vergoeding:
Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG) of Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde (NVOMG) of uitgevoerd

door een niet-arts die is aangesloten bij Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) of Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).

3.2.14 Orthomoleculaire geneeskunde.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een orthomoleculair arts of behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG).
Vergoeding van reguliere consulten en behandelingen.
Geen vergoeding voor kinesiologie.

3.2.15 Osteopathie.

Vergoeding:
Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF), Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO), Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) (alleen erkende leden) of beoefenaars met de titel DO-MRO.

3.2.16 Podo-orthesiologie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), Omni Podo Genootschap (OPG) of Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP).

3.2.17 Proktologie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een zelfstandig gevestigde arts. Geen vergoeding bij uitvoering door een niet-arts.

3.2.18 Reflexzonetherapie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT) of Bond van Europese Reflexologen afdeling Nederland (BER).

3.2.19 Shiatsu-therapie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging KaTa Nederland, ZHONG, IOKAI Shiatsu, Zen Shiatsu Vereniging, Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen Yi (NBCG YI) of Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP).

3.3 Automatische Externe Defibrillator pads

3.3.1 Automatische Externe Defibrillator pads

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Vergoeding wordt verleend voor de vervanging van de pads. De automatische externe defibrillator is gebruikt voor een verzekerde in een noodsituatie.

3.4 Begeleiding en nazorg bij kanker

3.4.1 Deelname aan het programma Herstel & Balans voor (ex-)kankerpatiënten.

Vergoeding:
Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door in Nederland gevestigde instellingen onder licentie van de Stichting Herstel & Balans.
Op voorschrift van de behandelend medisch-specialist.

Toelichting:
Meer informatie vindt u op www.herstelenbalans.nl.
Care for Cancer wordt vergoed vanuit de zorgverzekering.

3.5 Besnijdenis

3.5.1 Besnijdenis.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Er dient sprake te zijn van een medische noodzaak, waarbij de aanleiding niet voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum of door een huisarts.

3.6 Bevalling en kraamzorg

3.6.1 Eigen bijdrage en kosten boven maximale vergoeding voor poliklinische bevalling.

Vergoeding:
Volledig.

Toelichting:
Onder eigen bijdrage en boven maximale vergoeding wordt bedoeld de eigen bijdrage en het gemaximeerde bedrag dat uit hoofde van de zorgverzekering wordt geheven voor een poliklinische bevalling.

3.6.2 Eigen bijdrage voor kraamzorg bij opname in een

ziekenhuis of kraamhotel zonder medische noodzaak.

Vergoeding:

€ 16,- per opnamedag per verzekerde.

Toelichting:

Onder eigen bijdrage wordt bedoeld de eigen bijdrage die uit hoofde van de zorgverzekering wordt geheven voor bevalling en kraamzorg.

3.6.3 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor de vrouwelijke verzekerde bij verblijf thuis.

Vergoeding:

€ 4,- per uur verleende zorg.

Toelichting:

Onder eigen bijdrage wordt bedoeld de eigen bijdrage die uit hoofde van de zorgverzekering wordt geheven voor bevalling en kraamzorg.

3.6.4 Uitgestelde kraamzorg en couveuse nazorg.

Vergoeding:

Maximaal 4 uur per bevalling.

Voorwaarden:

De zorg moet medisch geïndiceerd zijn door een medisch-specialist of huisarts. De zorg wordt verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende.

3.6.5 Kraamzorg bij adoptie.

Vergoeding:

Maximaal 4 uur per adoptie.

Voorwaarden:

Kraamzorg is van toepassing op adoptiekinderen jonger dan 6 maanden en wordt uitgevoerd door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden gediplomeerde kraamverzorgende.

3.7 Brillen of contactlenzen

3.7.1 Bril, brillenglazen of montuur

Vergoeding:

Tot € 200,- per 24 maanden.

Voorwaarden:

Vanaf 1,5 of meer dioptrieën per oog. Per 24 maanden kan er één bril of één montuur of één paar brillenglazen gedeclareerd worden. Indien verzekerde alleen een montuur declareert dient er ook sprake te zijn van een afwijking van 1,5 of meer dioptrieën per oog. De bril, brillenglazen of montuur dienen te worden geleverd door een opticien en/of optometrist. Er bestaat geen recht op vergoeding van een bril, brillenglazen of montuur indien in het betreffende kalenderjaar al lenzen geleverd zijn.

Toelichting:

De periode van 24 maanden gaat in op de leverdatum van de brillenglazen, bril of montuur die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

Berekening van het aantal dioptrieën vindt plaats aan de

hand van de sferische en cilindrische correctie waarbij een eventuele additionele correctie wordt meegerekend. Wanneer sprake is van een correctie in gelijke richting worden de waarden voor de sferische en cilindrische correctie opgeteld. Bij correctie in tegengestelde richting wordt uitgegaan van de hoogste van beide waarden.

3.7.2 Contactlenzen.

Vergoeding:

Tot € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Vanaf 1,5 of meer dioptrieën. De lenzen dienen te worden geleverd door een opticien en/of optometrist.

Er bestaat geen recht op vergoeding indien verzekerde in de 24 maanden voorafgaand aan de leverdatum van de lenzen een bril, brillenglazen of montuur vergoed heeft gekregen. De periode van 24 maanden gaat in op de leverdatum van de bril, brillenglazen of montuur.

Toelichting:

Berekening van het aantal dioptrieën vindt plaats aan de hand van de sferische en cilindrische correctie waarbij een eventuele additionele correctie wordt meegerekend. Wanneer sprake is van een correctie in gelijke richting worden de waarden voor de sferische en cilindrische correctie opgeteld. Bij correctie in tegengestelde richting wordt uitgegaan van de hoogste van beide waarden.

3.8 Buitenland

3.8.1 Tijdens tijdelijk verblijf.

3.8.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een zorgverzekering te boven gaan en de zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:

- Volledig voor zorg in een EU-, EER- of verdragsland.
- Tot 2 maal het Nederlandse tarief voor zorg in de rest van de wereld.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland te vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de Zorgverzekeraar. Indien op grond van de zorgverzekering vergoeding wordt verleend, komt dit bedrag in mindering op het uit te keren bedrag volgens deze verzekering.

Toelichting:

Het Nederlandse tarief is het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.

Als er geen tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, geldt de in Nederland geldende marktconforme vergoeding als het Nederlandse

tarief.

3.8.2 Woonachtig in het buitenland.

3.8.2.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een zorgverzekering te boven gaan.

Vergoeding
Volledig.

Voorwaarden:
De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

3.8.2.2 De zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

Toelichting:
Het woonland is het land dat lid is van de EU of EER dan wel aangemerkt wordt als verdragsland.

3.8.3 Repatriëring.

3.8.3.1 Vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat er recht op repatriëring naar een instelling in het woonland. Dit beoordeelt de arts van SOS International. Deze treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Indien nodig dient de verzekerde medewerking te verlenen aan het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is. Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen.

3.8.3.2 Vervoer van het stoffelijk overschot, begrafenissen of crematie ter plaatse.

Vergoeding:
Tot € 10.000,-.

Voorwaarden:
De nabestaanden dienen direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

Vervoer van het stoffelijk overschot dient plaats te vinden naar de woonplaats in het woonland.

Toelichting:
Ingeval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar de woonplaats in het woonland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenissen of crematie ter plaatse.

Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van kosten, indien de reis naar het buitenland tot doel had een medische behandeling te ondergaan.

3.8.4 SOS Hulpverlening.

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulpverlening, een teletolk en een sms-dienst door SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerhande vragen op medisch gebied en kan verzekerde van advies voorzien. Als medische hulp noodzakelijk is, kunnen zij verzekerde doorverwijzen naar een betrouwbare zorginstelling in de buurt van de verblijfplaats van verzekerde. Telefoon: 0031 (0)20 651 51 51.

3.8.5 Spoedeisende tandheelkundige behandelingen bij tijdelijk verblijf in het buitenland.

Vergoeding:
Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Alleen spoedeisende tandheelkundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland komt voor vergoeding in aanmerking. Onder spoedeisend wordt verstaan, een behandeling die niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland. Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

3.8.6 Betaalwijze.

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

3.9 Camouflage

3.9.1 Camouflageles(sen) en de middelen die nodig zijn tijdens de les(sen).

Vergoeding:
Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
In geval van een ernstige huidafwijking in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. De lessen dienen te worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheids-specialist.

3.10 Epilatie

3.10.1 Epilatie van het gelaat en/of hals.

Vergoeding:

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.11 Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen)

Tot € 150,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder de punten 3.11.1 tot en met 3.11.3 tezamen gemaakte kosten.

3.11.1 Wettelijke eigen bijdragen op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum bedrag.

Voorwaarden:

Het geregistreerde geneesmiddel dient voor vergoeding in aanmerking te komen op een zorgverzekering.

3.11.2 Alternatieve geneesmiddelen en overige geregistreerde geneesmiddelen.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum bedrag.

Voorwaarden:

Alleen vergoeding voor geregistreerde geneesmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen volgens een zorgverzekering. Op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch-specialist, verpleegkundige, verloskundige of alternatief genezer. Geleverd door apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Voor alternatieve geneesmiddelen geldt dat zij een aantekening 'homeopathisch' of 'antroposofisch' in de G-Standaard van Z-index moeten hebben.

Niet-geneesmiddelen, dieetpreparaten, voeding en voedingssupplementen zoals omschreven in de G-Standaard komen niet voor vergoeding in aanmerking. Ook experimentele geneesmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Zie voor informatie over geregistreerde geneesmiddelen www.medicijnkosten.nl. Voor informatie over niet geregistreerde geneesmiddelen kan verzekerde contact opnemen met de afdeling Claimbehandeling. Telefoonnummer: (033) 464 28 84.

3.11.3 Pessarium en koperhoudend spiraaltje.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum bedrag.

3.12 Fysiotherapie en oefentherapie

Wanneer vergoeding wordt verleend op basis van artikel 3.12.1, dan wordt dit in mindering gebracht op de vergoeding volgens artikel 3.12.2 en vice versa.

3.12.1 Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:

Volledig voor 18 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van medisch doelmatige zorg. Behandelingen worden uitgevoerd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.

Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut. De behandelingen voor oedeemtherapie en littekentherapie gegeven door een huidtherapeut komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van een indicatie zoals bedoeld in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering.

Toelichting:

Als er sprake is van een indicatie zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering komen de kosten vanaf de 21^{ste} behandeling voor vergoeding in aanmerking op de zorgverzekering. Een lijst van gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op www.amersfoortse.nl. Bijlage 1 is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.amersfoortse.nl.

3.12.2 Behandelingen door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:

Volledig voor 18 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar tot het gemiddelde contractstarief.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van medisch doelmatige zorg. Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut, geriatrisch fysiotherapeut.

Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut. De behandelingen voor oedeemtherapie en littekentherapie gegeven door een huidtherapeut komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van een indicatie zoals bedoeld in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering.

Toelichting:

Als er sprake is van een indicatie zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering komen de kosten vanaf de 21^{ste} behandeling voor vergoeding in aanmerking op de zorgverzekering. Bijlage 1 is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.amersfoortse.nl.

3.12.3 Screening door een fysiotherapeut of een oefentherapeut.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De screening wordt uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut, of geriatrisch fysiotherapeut.

3.13 GeboorteTENS

3.13.1 GeboorteTENS.

Vergoeding:
Volledig voor de huurkosten van een TENSapparaat.

Voorwaarden:
Ter vermindering van de pijn rondom een bevalling. Op voorschrift van de behandelend arts, gynaecoloog of verloskundige.

3.14 Hulpmiddelen

3.14.1 Eigen bijdrage voor aanschaf van hoortoestellen, orthopedische schoenen, allergeenvrije schoenen en contactlenzen.

Vergoeding:
Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor deze hulpmiddelen tezamen.

Voorwaarden:
Het hulpmiddel dient te zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

Alleen de eigen bijdrage van het hoortoestel uit de categorie waarvoor de verzekerde is geïndiceerd volgens het Keuzeprotocol ZN en/of het Hoorprotocol wordt vergoed. Het Keuzeprotocol en Hoorprotocol zijn te vinden op www.amersfoortse.nl

3.15 Kraampakket

3.15.1 Kraampakket verstrekt door de zorgverzekeraar.

Vergoeding:
De vrouwelijke verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een kraampakket ten behoeve van de bevalling. Deze dient vooraf bij de afdeling claimbehandeling te worden aangevraagd.

Voorwaarden:
De vrouwelijke verzekerde dient in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap verzekerd te zijn bij de zorgverzekeraar.

3.16 Logeershuis bij opname

3.16.1 Eigen bijdrage van verblijf van de ouders of partner in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis.

Vergoeding:
Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
De opname betreft een bij de zorgverzekeraar verzekerd gezinslid van de ouders of partner.

3.17 Mantelzorg

3.17.1 Vergoeding van de kosten van vervangende zorg voor thuisblijvende hulpbehoevenden bij afwezigheid van de vaste mantelzorgers.

Vergoeding:
Tot 7 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
De zorg wordt geleverd door Handen in Huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland te Bunnik).

Toelichting:
Handen in Huis beoordeelt of verzekerde in aanmerking komt voor vervangende zorg.
Meer informatie vindt u op www.handeninhuis.nl.

3.18 Orthodontie

3.18.1 Orthodontische behandeling tot 18 jaar.

Vergoeding:
80% tot maximaal € 1.000,- gedurende de looptijd van de verzekering.

Voorwaarden:
Indien en voor zover de behandeling op grond van een zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komt. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
De kosten van de behandelingen gedurende de eerste 12 maanden na het afsluiten van deze aanvullende verzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking als verzekerde in het jaar voor het afsluiten van de verzekering niet aanvullend verzekerd was bij De Amersfoortse of verzekerd was bij De Amersfoortse op een aanvullende verzekering waarop orthodontie niet was meeverzekerd.

3.19 Orthoptie

3.19.1 Orthoptische behandeling.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een orthoptist.

3.20 Pedicure

3.20.1 Voetverzorging door een pedicure.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Bij verzekerde die lijdt aan diabetes of reuma. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een pedicure.

3.21 Plakstrips voor mammaprothese

3.21.1 Plakstrips voor mammaprothese.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Het recht op vergoeding bestaat wanneer een zorgverzekeraar vergoeding voor een mammaprothese heeft toegekend.

3.22 Plaswekker

3.22.1 Een plaswekker en toebehoren.

Vergoeding:

Volledig bij aanschaf of maximaal 3 maanden bij huur.

Voorwaarden:

Op voorschrift van de behandelend arts.

3.23 Podotherapie/Podologie/Podoposturale therapie

3.23.1 Podotherapeutische, podologische of podoposturale behandeling.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een podotherapeut, een podoloog of een podoposturaal therapeut.

3.24 Reiskosten ziekenbezoek

3.24.1 Ziekenbezoek van een verzekerde aan een meeverzekerd gezinslid die is opgenomen in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek.

Vergoeding:

€ 0,31 per kilometer vanaf de 15^e opnamedag.

Voorwaarden:

Bij een aaneengesloten opname in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek van langer dan 2 weken. Per dag bestaat recht op vergoeding van een heen- en terugreis. De kosten van de opname dienen voor rekening van de zorgverzekeraar te komen. Vergoeding geldt voor maximaal één bezoekende verzekerde per dag aan een meeverzekerd gezinslid. Reiskosten bij opname in verband met geestelijke gezondheidszorg worden niet vergoed.

De afstand tussen het woonadres en het ziekenhuis of revalidatiekliniek wordt berekend over de kortst mogelijke route. De zorgverzekeraar dient bij declaratie in het bezit te worden gesteld van een verklaring van het ziekenhuis over het aantal ligdagen van verzekerde.

3.25 Second opinion

3.25.1 Raadplegen van een andere arts dan de behandelend arts over een door de behandelend arts voorgestelde behandeling.

Vergoeding:

Volledig.

3.26 Steunzolen

3.26.1 Steunzolen of therapeutische zolen.

Vergoeding:

Volledig voor één paar steunzolen of één paar therapeutische zolen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Op voorschrift van de behandelend arts, podotherapeut of podoloog.

3.27 Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar

3.27.1 Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar.

Vergoeding:

Volledig voor tandheelkundige hulp of eigen bijdragen op de tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 18 jaar die niet vergoed worden op een zorgverzekering. Vergoeding van orthodontie vindt plaats op basis van artikel 3.18.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

Toelichting:

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op www.amersfoortse.nl

3.28 Therapeutische kampen

3.28.1 Verblijf in een therapeutisch astmakamp, oncologisch kamp of diabeteskamp.

Vergoeding:

Volledig voor de deelnamekosten, eenmaal per 12 maanden.

Voorwaarden:

Verzekerde dient astmatisch te zijn, te lijden aan een oncologische aandoening of diabetes en jonger dan 21 jaar te zijn. Het kamp dient plaats te vinden in Nederland. Op voorschrift van een medisch-specialist. Het kamp moet georganiseerd worden door:

- Stichting de Luchtballon
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen
- Diabetes Vereniging Nederland

3.29 Wildcard

3.29.1 Zorgkosten die niet (volledig) worden vergoed op de zorgverzekering en/of de aanvullende ziektekostenverzekering, na een ongeval.

Vergoeding:

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

De zorgkosten zijn het gevolg van een ongeval. Het ongeval is een verzekerde overkomen. De wildcard kan alleen worden gebruikt als verzekerde op het moment van het ongeval een zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering bij De Amersfoortse heeft.

Deze vergoeding geldt alleen voor zorgkosten door professionele zorgverleners die geneeskundige zorg verlenen.

Er bestaat recht op inzet van de wildcard voor één ongeval per kalenderjaar. Indien bij een ongeval niet het gehele bedrag wordt gebruikt, kan het resterende bedrag

niet worden aangesproken bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen, worden niet aanvullend vergoed. Brillen en lenzen worden ook niet vergoed.

Toelichting:

De zorg mag zowel in Nederland als in het buitenland zijn afgenomen.

Wilt u weten of uw zorgkosten kunnen worden vergoed door middel van de wildcard? Neem dan contact op met onze afdeling Claimbehandeling.

Telefoon: (033) 464 28 84.

Email: zorg.claimbehandeling@amersfoortse.nl

4 Omvang van de dekking Preventie

4.1 Beweegprogramma's

Vergoeding:

Tot € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Er dient sprake te zijn van revalidatie na voormalig hartfalen, Diabetes type 2, COPD in de stadia Gold 1 of 2, oncologische aandoening, osteoporose of een BMI van >30. Voor kinderen geldt de internationale BMI standaard voor ernstig overgewicht.

Programma dient te worden gegeven door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut, die in hun praktijk structureel beweegprogramma's aanbieden. Het programma dat aangeboden dient te worden is gecertificeerd door het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) en dient te worden afgestemd op bovenstaande doelgroepen.

Toelichting:

Het BMI-schema voor kinderen kunt u onder andere vinden op www.voedingscentrum.nl.

Telefoonnummer: (070) 306 88 88.

4.2 Mindfulness

Vergoeding:

Tot € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Verzekerde dient een origineel bewijs van aanmelding, deelname en betaling te overleggen. De mindfulnessstraining moet gegeven worden door een trainer die aangesloten is bij een organisatie die is gericht op mindfulness.

4.3 Preventieve cursussen

Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder 4.3.1 tot en met 4.3.11 genoemde cursussen tezamen.

Voor declaratie van deze kosten dient een nota te worden toegestuurd. Als er geen nota wordt afgegeven, dient een bewijs van inschrijving en betaling te worden toegestuurd. Als er geen bewijs van inschrijving wordt afgegeven, dient een certificaat of diploma te worden toegestuurd.

4.3.1 Algemene cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Cursussen dienen te worden gegeven door een thuiszorgorganisatie of een patiëntenvereniging die is aangesloten bij een landelijk of regionaal patiënten en consumenten platform. Een cursus is een reeks van lessen die gericht is op het verbeteren van de gezondheid van verzekerde of die verzekerde leert omgaan met zijn of haar ziekte.

4.3.2 Babymassage.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

De cursus dient gegeven te worden door een thuiszorgorganisatie.

4.3.3 Diabetes type 2.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

De cursus dient georganiseerd te worden door de Diabetesvereniging Nederland of een thuiszorgorganisatie. Reizen georganiseerd door de Diabetesvereniging Nederland worden niet vergoed. De cursus dient als doel te hebben het beter leren omgaan met de aandoening. De verzekerde die de cursus volgt, dient Diabetes type 2 te hebben.

4.3.4 Eerste hulp bij kindergevallen.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

De cursus dient gegeven te worden door een EHBO-vereniging of een thuiszorgorganisatie.

4.3.5 EHBO.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

De cursus dient gegeven te worden door een EHBO-vereniging die opleidt tot het diploma 'eerste hulp' van het Oranje Kruis of die opleidt tot het certificaat 'eerste hulp' van het Rode Kruis.

4.3.6 Hartproblemen.

Vergoeding:

Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

De cursus dient georganiseerd te worden door een thuiszorgorganisatie. De cursus dient als doel te hebben het beter leren omgaan met de aandoening. De verzekerde die de cursus volgt, dient hartproblemen te hebben.

4.3.7 Reanimatie.

Vergoeding:
Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
De cursus dient te worden gegeven volgens de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad.

Toelichting:
Vergoeding betreft de basiscursus Reanimeren.

4.3.8 Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew.

Vergoeding:
Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
De cursus dient georganiseerd te worden door de Reuma-patiëntenbond of een thuiszorgorganisatie. De cursus dient als doel te hebben het beter leren omgaan met de aandoening. De verzekerde die de cursus volgt, dient reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew te hebben.

4.3.9 'Vrij van Alcohol'.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
De training dient gevolgd te worden bij Stichting De Helderheid.

Toelichting:
Meer informatie vindt u op www.helderheid.nl.
Telefoonnummer: (030) 272 24 44.

4.3.10 Zelfmanagement lymfoedeem.

Vergoeding:
Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
De cursus dient georganiseerd te worden door een docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd. De cursus dient als doel te hebben het beter leren omgaan met de aandoening. De verzekerde die de cursus volgt, dient lymfoedeem te hebben.

Toelichting:
Voor een lijst van docenten zie www.slcn.nl.

4.3.11 Zwangerschapscursus, zwangerschapsgym of zwangerschapsyoga.

Vergoeding:
Volledig tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
De cursus dient te worden gegeven door een Thuiszorgorganisatie, een patiëntenvereniging die is aangesloten bij een landelijk of regionaal patiënten en consumenten platform, door een Cesar-, Mensendieck- of

een bekkenfysiotherapeut, Bevallen en Opstarten, KraamZus of door de Vereniging Samen Bevallen.

4.4 Preventieve geneeskunde

4.4.1 Preventieve onderzoeken naar hart- en bloedvaten en cholesterol.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Onderzoeken dienen te worden uitgevoerd door de huisarts of door Meditel.

4.4.2 Kosten van preventieve vaccinaties voor griep, hepatitis-B en meningokokken.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Vaccinaties worden toegediend door huisarts of Meditel.

Toelichting:
Meer informatie kunt u vinden op www.meditel.nl.

4.5 Stoppen met roken

Vergoeding:
75% tot maximaal € 100,- per verzekerde eenmaal per 36 maanden.

Voorwaarden:
Er dient gebruik te worden gemaakt van de methode Allen Carr of Prostop.

Toelichting:
Zie voor nadere informatie: www.allencarr.nl of www.stopmetroken.nl.

5 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

5.1 Na-u-clausule

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

5.2 Samenloop

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

5.3 AWBZ

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden

op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

5.4 Eigen bijdrage AWBZ

eigen bijdragen krachtens de AWBZ en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

5.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

5.6 Preventieve geneeskunde

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 4.4;

5.7 Preventieve onderzoeken

voor behandelingen en onderzoeken die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken;

5.8 Celtherapie

de kosten van celtherapie;

5.9 Fitness

de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;

5.10 Behandeling binnen een gezin

de kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij De Amersfoortse hiervoor toestemming heeft verleend;

5.11 Dekking

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling of verstrekking bepalend is;

5.12 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de zorgverzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade) zie clausule terrorismedekking;

5.13 Atoomkernreacties

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

5.13.1 De uitsluiting onder 5.13 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225).

5.13.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 5.13.1 geen toepassing.

6 Diensten Managed Care

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat zij actief op zoek gaan om binnen redelijke termijn kwalitatief goede zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een ZBC), het regelen van hulpmiddelen en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81 en via managed.care@amersfoortse.nl.

7 Algemeen

7.1 Bedenkijd

De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst zonder opgave van redenen te ontbinden in de volgende twee gevallen:

- Binnen 14 dagen nadat de overeenkomst tot stand is gekomen.
- Als de overeenkomst later tot stand komt, binnen 14 dagen nadat de eerste polis is ontvangen. Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

7.2 Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, alsmede, indien medische keuring heeft plaatsgevonden, de bij die keuring door verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer en/of verzekerde kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer en/of verzekerde alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekeringnemer en/of verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekeringnemer en/of verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft de zorgverzekeraar tevens het recht de verzekering op te zeggen.

7.3 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

7.4 Privacyreglement

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij de gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC te Zeist.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

7.5 Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

7.6 Kennisgeving

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

7.7 Aanvullende verzekering kinderen

De verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, is slechts aanvullend verzekerd indien en voor zover minimaal één van de ouders van verzekerde aanvullend bij de zorgverzekeraar verzekerd is. De verzekerde jonger dan 18 jaar is verzekerd op dezelfde aanvullende verzekering als de aanvullende verzekering van de ouder met de hoogste dekking. Bij wijziging van de aanvullende verzekering van de ouders, wijzigt de aanvullende verzekering van de verzekerde jonger dan 18 jaar automatisch mee.

7.8 Materiële controle

Materiële controle zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

7.9 DBC

Voor de vaststelling van de vergoeding wordt de DBC of het DBC-Zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

8 Premie

8.1 Premie verschuldigd

Krachtens deze zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

8.2 Leeftijdsbepaling

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

8.3 Premierestitutie

Behalve bij opzegging door de zorgverzekeraar wegens het opzettelijk misleiden van de zorgverzekeraar, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

9 Premiebetaling en betalingsachterstand

9.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding. Indien is gekozen voor premiebetaling per jaar, halfjaar of kwartaal en de betaling is niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen voldaan, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor de premiebetalingstermijn om te zetten in maandbetaling. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.

9.2 Betalingsachterstand

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt de aanvullende verzekering, bij een premieachterstand van vier maanden beëindigd. Dit geldt ook voor eventuele meeverzekerde(n). Indien wij tot beëindiging overgaan, ontvangt u een schriftelijke bevestiging. De verzekeringnemer dient de verschuldigde premie, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

Het is mogelijk om een nieuwe aanvullende verzekering aan te vragen, als de totale premieachterstand en de bijkomende kosten aan het incassobureau betaald zijn. De ingangsdatum wordt 1 januari van het volgende jaar, nadat alle premie en bijkomende kosten betaald zijn.

9.3 Onderbreking van de dekking bij detentie

De verzekering wordt onderbroken gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

10 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

10.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor de zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan de zorgverzekeraar te melden.

10.2 Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

10.3 Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van de zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

10.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen 3 jaren gerekend vanaf de behandeldatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

10.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden.

11 Declaraties en onderbreking van de dekking

11.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

11.2 Verschuldigde bedragen

De in artikel 11.1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedings-

regeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

11.3 Vordering in het algemeen

De in artikel 11.2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer hiervan bericht heeft ontvangen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

11.4 Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen. Indien er tevens betalingsachterstand bestaat volgens art. 9.2 heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de aanvullende verzekering voorrang op de schorsing zoals hierboven beschreven. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

12 Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde, is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Indien de zorgverzekeraar de kosten met succes verhaalt, worden eventuele maximumvergoedingen in deze aanvullende verzekering niet ten gunste van de verzekerde aangepast.

13 Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Uitsluitingen

"Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:

1. er aangifte wordt gedaan bij de politie;
2. de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
3. er een registratie plaatsvindt in het tussen financiële instellingen gangbare waarschuwingssysteem. Een eventueel al gedane uitkering (waaronder ook begrepen kosten) zal worden teruggevorderd."

14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

14.1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

14.2 Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welke aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

15 Herziening van premie of voorwaarden

15.1 Herziening

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling.

15.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

16 Duur van de verzekering

16.1 Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de

zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen, mits geaccepteerd. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

16.2 Looptijd

Vanaf 1 januari voor onbepaalde tijd, met jaarlijks de mogelijkheid om de verzekering op te zeggen.

16.3 Einde van de verzekering

16.3.1 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

16.3.1.1 Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 9.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 9.2 betalingsachterstand, van de dekking, te beëindigen;

16.3.1.2 Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 13, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/of verzekerde daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

16.3.2 Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;

- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice.

Als de verzekeringnemer uiterlijk op 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende jaar, zegt de nieuwe zorgverzekeraar de oude aanvullende verzekering op. Indien de verzekeringnemer niet wenst dat de nieuwe verzekeraar namens de verzekeringnemer de oude verzekering beëindigt dient verzekeringnemer dat aan te geven op het aanvraagformulier van de nieuwe verzekering.

16.3.2.1 Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

16.3.2.2 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 15.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 15.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;

- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;

- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;

- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij

gelijkblijvende premie inhoudt;

16.3.2.3 Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;

16.3.2.4 Indien de bij de zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering eindigt, kan verzekeringnemer de aanvullende verzekering eveneens laten eindigen. In dit geval eindigt de aanvullende verzekering gelijktijdig met de zorgverzekering. Opzegging van de aanvullende verzekering dient schriftelijk te geschieden en is mogelijk tot uiterlijk de datum waarop de zorgverzekering eindigt.

16.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

16.3.3.1 De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

16.3.3.2 De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeengekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in wettelijke dienst wordt.

17 Toepasselijk recht en klachten

17.1 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

17.2 Klachten

17.2.1 Intern klachtenbureau

Indien een verzekeringnemer en/of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice van De Amersfoortse, Postbus 42, 3800 AA, Amersfoort. Verzekerde kan hiervoor ook gebruik maken van het klachtenformulier op de site www.amersfoortse.nl.

17.2.2 Stichting Klachten en Geschillen zorgverzekeringen

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekeringnemer en/of verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

17.2.3 De rechter

Wanneer verzekeringnemer en/of verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

18 Bepalingen in verband met collectiviteit

De bepalingen in artikel 18 gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.

18.1 Uitdiensttreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, wordt de

verzekering zonder selectie voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering. De uitdiensttreding dient voor de datum van beëindiging van het oude dienstverband te worden gemeld bij de zorgverzekeraar.

Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet. Bij het beëindigen van de polis vervallen tevens alle kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel.

18.2 Nieuwe collectieve verzekering

De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beiden in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

18.3 Afbreuk collectief karakter

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het collectieve karakter van het contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

18.4 Meeverzekerde kinderen op een werkgeverscollectief

Op de eerste van de maand volgend op het bereiken van de 27-jarige leeftijd dient een kind dat is meeverzekerd op een werkgeverscollectief van zijn ouder(s) zich zelfstandig te verzekeren. Dit geldt niet voor een collectiviteit via een vereniging of een tussenpersonencollectiviteit. De zorgverzekeraar benadert zes weken voor deze datum de verzekeringnemer.

Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

Belangrijke informatie:

De Amersfoortse Verzekeringen:

www.amersfoortse.nl

Afdeling Acceptatie

Telefoon: (033) 464 20 61.

Email: ziekttekostenacceptatie@amersfoortse.nl

Afdeling Claimbehandeling

Telefoon: (033) 464 28 84.

Email: zorg.claimbehandeling@amersfoortse.nl

Managed Care

Telefoon: (033) 464 28 81.

Email: managed.care@amersfoortse.nl