

Pakketvoorwaarden

Luxe-Pakket

Algemene bepalingen

Kring van verzekerden

Toetreding is alleen mogelijk voor personen met een particuliere ziektekostenverzekering, niet zijnde de Standaard(Pakket)Polis, Budget-Polis en Zorg-Zeker-Polis, bij de verzekeraar.

Toetreding

Indien de verzekeringnemer het Luxe-Pakket gelijktijdig met de hoofdverzekering afsluit, vindt er geen medische selectie plaats. Wordt het Luxe-Pakket niet gelijktijdig met de hoofdverzekering gesloten dan geldt toetreding op basis van medische selectie. Indien de verzekeringnemer kiest voor het Luxe-Pakket geldt dit voor alle verzekerden, die als zodanig onder hetzelfde inschrijfnummer op de polis c.q. de polissen vermeld staan.

Premie

De premie is verschuldigd voor alle hoofdverzekerden en voor alle medeverzekerden die 16 jaar of ouder zijn.

Verzekeringsduur

Het Luxe-Pakket wordt gesloten voor de duur van een kalenderjaar en wordt telkens stilzwijgend verlengd met weer een kalenderjaar. Voor opzegging van het Luxe-Pakket geldt dezelfde opzegtermijn die ook geldt voor opzegging van de hoofdverzekering. De opzegging dient de verzekeringnemer schriftelijk bij de verzekeraar in te dienen. Het Luxe-Pakket eindigt bij beëindiging van de hoofdverzekering.

Nota's

Vergoeding wordt vastgesteld aan de hand van de originele nota's. De vergoedingen worden in principe uitbetaald aan de verzekerde door middel van overschrijving van het bedrag op het bank- of girorekeningnummer dat door de verzekerde aan de verzekeraar is opgegeven. Verzekerde dient ervoor zorg te dragen dat de nota's naar behoren zijn gespecificeerd, zodat de vergoeding zonder navraag kan worden vastgesteld.

Toestemming

Daar waar in het Overzicht vergoedingen sprake is van vereiste toestemming, verleent de verzekeraar, gehoord zijn medisch adviseur, toestemming voor vergoeding van de kosten op basis van een medische aanvraag door huisarts, specialist of tandarts, met inachtneming van de medische noodzaak.

Daar waar in de vergoeding uit het Luxe-Pakket een samenloop met de vergoeding uit de hoofdverzekering (particuliere ziektekostenverzekering met de daarbij behorende aanvullende verzekeringen) ontstaat, gaat de vergoeding uit de hoofdverzekering en de daarbij behorende aanvullende verzekeringen voor, tenzij bij het onderdeel anders staat vermeld.

Op deze overeenkomst zijn van toepassing de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen, dan wel de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Collectieve Ziektekostenverzekeringen zoals deze deel uitmaken van de in punt 2.1 genoemde hoofdverzekering.

Om voor vergoeding van de kosten, zoals aangegeven in het Overzicht vergoedingen in deze pakketvoorwaarden, in aanmerking te komen is, behoudens in spoedeisende gevallen, een verwijzing door de huisarts vereist.

Met inachtneming van het bepaalde in de van toepassing zijnde Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen of Algemene Verzekeringsvoorwaarden Collectieve Ziektekostenverzekeringen en het bepaalde ten aanzien van de omvang van de verzekering in deze pakketvoorwaarden wordt voor de hiernavolgende onderdelen de volgende vergoeding gegeven.

Acnébehandeling

De verzekeraar vergoedt, bij ernstige vorm van acné in het gelaat en op verwijzing door de huisarts of de behandelend specialist een bijdrage in de kosten van een acnébehandeling tot een maximum van € 185,- per verzekerde per kalender-

jaar. De vergoeding van de kosten wordt alleen verleend indien de behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut, die aan de in artikel 1 van de van toepassing zijnde Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen of Algemene Verzekeringsvoorwaarden Collectieve Ziektekostenverzekeringen genoemde eisen voldoet.

Alarmering op sociale indicatie

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de abonnementskosten van alarmeringsapparatuur met een spreek- en luisterverbinding, geplaatst door een organisatie waarmee verzekeraar hiertoe een overeenkomst heeft gesloten. Verzekerde komt voor deze tegemoetkoming in aanmerking, indien hij/zij thuis woont en in een verhoogde risicosituatie verkeert.

De tegemoetkoming bedraagt maximaal € 5,- per maand. Verzekerden die woonachtig zijn in een verzorgingshuis, aanleunwoning of serviceflat komen niet voor deze vergoeding in aanmerking.

Bevalling

Buzzer (semafoor)

Verzekerde krijgt gedurende zeven weken voor de uitgerekende, vermoedelijke bevallingsdatum de beschikking over een buzzer. Verzekerde dient daarvoor de in het kraampakket ingesloten aanvraagkaart in te sturen.

Kraampakket

Het kraampakket bevat niet alleen diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling (zie artikel kraampakket bij de hoofdverzekering), maar is aangevuld met een leuke verrassing.

Uitkering bij bevalling van een meerling

Uitkering van € 230,- ineens bij bevalling van een meerling. Uitkering geschiedt na inschrijving van de kinderen bij de verzekeraar. Voorwaarde voor uitkering is dat de verzekerde minstens één jaar bij de verzekeraar dient te zijn ingeschreven voor het Luxe-Pakket.

Preventie bij reizen naar het buitenland

Vergoed worden de kosten van vaccinaties tegen tropische infectieziekten en malariamiddelen. Per verzekerde wordt per kalenderjaar maximaal € 95,- vergoed voor beide onderdelen tezamen.

Gezinszorg

Vergoed wordt 50% van de wettelijke inkomensafhankelijke bijdrage tot maximaal € 160,- per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- het betreft kortdurende gezinszorg in verband met ziekte of overlijden van de verzekerde die de huishouding verzorgt;
- het is vooraf bekend dat deze zorg niet meer dan 3 maanden aaneengesloten noodzakelijk is;
- de zorg moet zijn verricht door een daartoe erkende AWBZ-instelling, bejaardenzorg valt niet onder deze vergoedingsregeling;
- vergoeding wordt verleend nadat de zorg is beëindigd.

Vakantiereizen Rode Kruis en Zonnebloem

De vergoeding bedraagt 50% van de eigen bijdrage voor de meerdaagse vakantiereizen in Nederland, die het Rode Kruis of de Nationale Vereniging de Zonnebloem voor patiënten organiseren, welke in Nederland beginnen en in Nederland eindigen. Eendaagse reizen komen niet voor vergoeding in aanmerking. De kosten voor een meereizend gezinslid worden niet vergoed. De kosten van vervoer van het woonadres van verzekerde naar het beginpunt van de vakantiereis en de kosten van vervoer van het eindpunt van de vakantiereis naar het woonadres, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Herstellingsoorden (niet AWBZ erkend)

De verzekeraar verleent op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, een tegemoetkoming in de kosten van het verblijf van verzekerde in een in Nederland gevestigd en door de verzekeraar erkend herstellingsoord. De tegemoetkoming bedraagt € 50,- per dag van het verblijf en wordt per verzekerde verleend voor een periode van ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar.

Kinderopvang

Verzekerde ouder die het huishouden verzorgt, heeft over de periode die aanvangt op de elfde dag van zijn/haar ziekenhuisopname recht op een tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang van € 12,50 per werkdag. De tegemoetkoming wordt uitsluitend verstrekt indien tot het huishouden (een) kind(eren) jonger dan 12 jaar beho(o)r(t)en en is beperkt tot maximaal 6 weken per kalenderjaar.

De opname in het ziekenhuis van de verzorgende ouder wordt door verzekerde doorgegeven aan verzekeraar. Verzekerde kan de tegemoetkoming aanvragen met behulp van een formulier, dat na ontslag uit het ziekenhuis aan verzekeraar kan worden toegezonden. Verzekeraar gaat tot uitkering over na ontvangst van het formulier.

Tandheelkundige zorg

Voor verzekerden van 19 jaar of ouder

De verzekerde van 19 jaar of ouder heeft aanspraak op vergoeding van 75% van de kosten van alle tandheelkundige verrichtingen waarvoor een CTG*-tarief is vastgesteld tot een maximum van € 460,- per verzekerde per kalenderjaar. Met inachtneming van het voorgaande wordt per behandeling ten hoogste het tarief vergoed zoals dat is vastgesteld door het CTG. De behandelingen dienen te worden verricht door een tandarts, orthodontist, mondhygiënist, tandtechnicus of tandprotheticus.

Van vergoeding zijn uitgesloten de kosten van tandheelkundige zorg die betrekking hebben op:

- Niet nagekomen afspraken
- Keuringsrapporten
- Mondbeschermers

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar

De verzekerde tot 19 jaar ontvangt een vergoeding van 75% tot maximaal € 460,- per verzekerde per kalenderjaar voor kroon- en brugwerk en (aanvullende) orthodontie.

Vergoeding kan alleen dan plaatsvinden indien de verzekerde de tandarts minstens eenmaal per kalenderjaar voor controle bezoekt.

Voor vergoeding van onderdeel 9.1 geldt dat, waar vanuit de hoofdverzekering of het pakket TANDV recht op vergoeding bestaat, deze vergoedingsregelingen als eerste van toepassing zijn, gevolgd door de vergoeding vanuit het Luxe-Pakket. In afwijking van het bovenstaande gaat vergoeding als bedoeld in onderdeel 9.2, voor kroon- en brugwerk voor verzekerden tot 19 jaar, vóór op vergoeding uit de hoofdverzekering of het pakket TANDV.

Kuurreizen

Therapeutisch kamp voor jongeren met een chronische aandoening

Na toestemming van de verzekeraar, heeft verzekerde recht op vergoeding van het verblijf in een therapeutisch kamp voor jongeren met een chronische aandoening, gedurende maximaal zes weken per verzekerde per kalenderjaar. Onder het begrip jongeren wordt verstaan personen tot 18 jaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

Reuma, Bechterew en psoriasis

Verzekerde heeft, indien hij lijdt aan:

- chronische reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew of psoriasis

* CTG = College Tarieven Gezondheidszorg

op aanvraag van huisarts of specialist en met voorafgaande toestemming van verzekeraar recht op de volgende vergoeding van de kosten van vervoer en verblijf en behandeling in verband met een groepskuurreis:

Voor verzekerden die lijden aan de onder punt a genoemde aandoeningen vergoedt verzekeraar:

bij een groepskuurreis van drie weken naar Roemenië: € 700,-;

bij een groepskuurreis van drie weken naar Arcen: € 800,-;

bij een groepskuurreis van drie weken naar Bad Driburg: € 1.025,-;

Voor verzekerenden die lijden aan de onder punt b genoemde aandoening, vergoedt verzekeraar:

bij een groepskuurreis van vier weken naar Israël (Dode Zee) € 1.375,-.

Bovenstaande reizen worden door de verzekeraar georganiseerd.

Aanvang, duur, bestemming en overige voorwaarden voor deelname aan de groepskuurreis worden jaarlijks door verzekeraar bepaald.

Verzekerde heeft indien hij aan een van bovengenoemde aandoeningen lijdt, en op aanvraag van huisarts of specialist en met voorafgaande toestemming van verzekeraar recht op vergoeding van de kosten van vervoer, verblijf en behandeling in verband met de individuele kuurreis tot een maximum van € 475,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde hierbij is dat:

het verblijf in een kuuroord een duur heeft van tenminste drie aaneengesloten weken en

de behandelingen in het kuuroord uit tenminste vier balneokuren per dag bestaan, gedurende vijf kuurdagen per week voor verzekerden die lijden aan de hierboven onder punt b genoemde aandoening.

Stottertherapieën volgens Del Ferro en De Pauw

De verzekeraar vergoedt op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, de kosten van stottertherapieën van de instituten Del Ferro en De Pauw. De vergoeding van de kosten van voornoemde stottertherapieën bedraagt maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar voor alle therapieën tezamen.

Gezondheids cursussen

Vergoeding vindt plaats van de kosten van een door de verzekeraar erkende cursus tot een maximum van € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. De cursus moet gericht zijn op het verbeteren van de eigen leefgewoonten of op de verzorging van anderen.

Handicap, vakantie en begeleiding

Gehandicapte verzekerden die hetzij voor de dagelijkse verzorging zijn aangewezen op thuiszorg door een thuiszorginstelling, hetzij via het Zorgkantoor een persoonsgebonden budget ontvangen, kunnen op aanvraag van de huisarts of op aanvraag van de behandelend specialist, en met toestemming van de verzekeraar, gebruik maken van de diensten van IHD-Zorg in het buitenland, telefoon: 0299 - 65 75 57. IHD kan in een aantal regio's in Zuid Europa van dienst zijn bij het regelen van ADL-assistentie, hulpmiddelen, aangepast vervoer en aangepaste accommodatie.

Lidmaatschap patiëntenverenigingen

Verzekeraar vergoedt de kosten van lidmaatschap van een patiëntenvereniging tot een maximum van € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.

Therapieën patiëntenverenigingen

Verzekeraar vergoedt de kosten van door een patiëntenvereniging georganiseerde therapie tot een maximum van € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. Van vergoeding zijn uitgesloten de kosten van sportactiviteiten.

Verpleegartikelen

Voor een periode van maximaal 6 maanden bestaat er recht op vergoeding van de huurkosten van verpleegartikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien en vanaf het moment dat deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed. Het betreft de volgende verpleegartikelen: infuusstandaard, ledikantverhoger, ondersteek, rolstoel in standaard uitvoering, rugsteun, stoomketel, toiletstoel, toiletverhoger.

Vervangende mantelzorg

Verzekerde, die een thuiswonende gehandicapte (mede)verzekerde verzorgt, heeft, met toestemming vooraf van de verzekeraar en op aanvraag door de Stichting Thuisverzorging voor Gehandicapten te Houten, aanspraak op vervangende mantelzorg gedurende zijn/haar vakantie. Verzekerde dient zich, voor het geldend maken van deze aanspraak, te wenden tot de Stichting Thuisverzorging voor Gehandicapten te Houten, telefoon 035 - 692 41 50.

De verzekeraar vergoedt aan voornoemde stichting, vanwege de door haar georganiseerde vervangende mantelzorg een bedrag van maximaal € 82,50 per dag voor een periode van maximaal 15 dagen per kalenderjaar.

Bezoek- en verblijfkosten

Voorwaarde voor vergoeding is dat zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij de verzekeraar voor ziektekosten verzekerd is via de Zorg-Zeker-Polis, Bedrijfs-collectiviteit-Plus, ziekenfonds met een aanvullende verzekering, particulier met het Luxe-Pakket of een Standaard-(Pakket-) Polis met een aanvullende verzekering.

Onder gezinslid wordt verstaan:

- de verzekerde en zijn/haar medeverzekerde(n) ingevolge de Ziekenfondswet, particuliere ziektekostenverzekering van de verzekeraar of WTZ*;
- de zelfstandig bij de verzekeraar verzekerde (huwelijks)partner woonachtig op hetzelfde adres;
- de zelfstandig bij de verzekeraar verzekerde eigen, aangehuwde en pleeg- en stiefkinderen voor zover voor deze kinderen kinderbijslag wordt genoten, of voor zover zij in aanmerking komen voor de Wet op de Tegemoetkoming Onderwijsbijdrage en Schoolkosten (WTOS).

De vergoedingsregeling is als volgt:

Logeerhuizen

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de kosten van verblijf van een bezoekend gezinslid in een door verzekeraar erkend logeerhuis in binnen- en buitenland van € 12,50- per etmaal per opgenomen gezinslid. Verzekeraar gaat hiertoe over indien zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij verzekeraar zijn verzekerd. Onder gezinslid wordt verstaan: de verzekerde en zijn/haar medeverzekerde(n) ingevolge de Ziekenfondswet, particuliere ziektekostenverzekering van de verzekeraar of WTZ*;

- de zelfstandig bij de verzekeraar verzekerde (huwelijks)partner woonachtig op hetzelfde adres;
- de zelfstandig bij de verzekeraar verzekerde eigen, aangehuwde en stief- en pleegkinderen voor zover voor deze kinderen kinderbijslag wordt genoten, of voor zover zij in aanmerking komen voor de Wet op de Tegemoetkoming Onderwijsbijdrage en Schoolkosten (WTOS).

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de kosten van verblijf van een door verzekeraar erkend logeerhuis in binnen en buitenland van € 35,- per etmaal. Voorwaarde voor het toekennen van deze tegemoetkoming is, dat het verblijf van verzekerde onmiddellijk volgt op of voorafgaat aan opname in een ziekenhuis.

Bezoek opgenomen kind en/of partner in Nederland

De verzekeraar verleent een bijdrage van € 0,21 per kilometer tot een maximum van € 230,- per kalenderjaar per polis in de kosten van vervoer van de bezoeker naar een gezinslid die in een in Nederland gelegen ziekenhuis of revalidatie-instelling verblijft. De bijdrage wordt verleend indien zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij de verzekeraar verzekerd zijn. De bijdrage wordt ver-

* WTZ = *Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen*

leend over het aantal kilometers dat de 500 kilometer per kalenderjaar te boven gaat en op basis van één bezoek per dag.
Vergoeding van het aantal kilometers geschiedt op basis van de door de verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

Bezoek opgenomen kind en/of partner in Davos

De verzekeraar verleent een bijdrage van € 0,21 per kilometer tot een maximum van één bezoek per kwartaal voor bezoek aan een gezinslid in het Nederlands Astmacentrum te Davos (Zwitserland).

Bij gebruikmaking van openbaar vervoer worden maximaal de reiskosten van twee bezoekende gezinsleden op basis van vervoer in de laagste klasse eenmaal per kwartaal vergoed. De bijdrage wordt verleend indien zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij de verzekeraar verzekerd zijn.

Bijzondere regeling

In bijzondere gevallen kan een verzekerde zich schriftelijk tot de Raad van Bestuur wenden met het verzoek om een tegemoetkoming in de kosten van andere dan de hiervoor met name genoemde zorggerelateerde verstrekkingen.