

(Studenten) StandaardPakketPolis

Aanvullende PakketPolis

Antroposofische PakketPolis

Geachte verzekerde,

Dit zijn de polisvoorwaarden van uw ziektekostenverzekering. In de polisvoorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op heeft en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst u de weg in de algemene bepalingen en de dekkingsrubrieken.

Begripsomschrijvingen

In de begripsomschrijvingen lichten wij toe wat onder bepaalde termen verstaan wordt.

Dekking

Bij "omvang van de dekking" vindt u omschreven onder welke voorwaarden uw ziektekosten gedekt zijn.

In de dekkingsrubrieken kunt u vervolgens lezen welke vormen van zorg onder uw ziektekostenverzekering vallen en in welke mate deze voor vergoeding in aanmerking komen.

- De StandaardPakketPolis biedt een basisdekking tegen ziektekosten. Daarin zijn bijvoorbeeld de kosten van een ziekenhuisopname opgenomen.
- De Aanvullende PakketPolis biedt tal van extra dekkingen. Zo vindt u daarin alternatieve geneeswijzen, maar ook een kraampakket bij gezinsuitbreiding. U kunt de Aanvullende PakketPolis uitsluitend als aanvullende verzekering op de StandaardPakketPolis afsluiten.
- De Antroposofische PakketPolis is er speciaal voor onze antroposofisch georiënteerde verzekerden en biedt, zoals de naam al aangeeft, vergoedingen voor verschillende vormen van antroposofische zorg. De Antroposofische PakketPolis kan alleen in combinatie met de Aanvullende PakketPolis worden afgesloten.

Uitsluitingen

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie bedoeld is om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er toch situaties denkbaar waarin geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog uitsluitingen opgenomen zijn, die u dan bij de "bijzonderheden" aantreft.

Overige bepalingen

De overige bepalingen hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie en een eventueel eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de verzekering.

Bij "verplichtingen van de verzekeringnemer" kunt u lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvoor bij Anova wilt indienen.

Amersfoort, december 2000
Anova Zorgverzekeringen

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	6
2	Dekking	9
2.1	Omvang van de dekking	9
2.2	Uitsluitingen	9
3	Algemeen	10
3.1	Grondslag van de verzekering	10
3.2	Kinderen	10
3.3	Vrije keuze	11
3.4	Opname in een hogere dan de verzekerde klasse	11
3.5	Begin en einde van de vergoeding	11
3.6	Registratie van persoonsgegevens	11
4	Verplichtingen van de verzekeringnemer	11
5	Premie en eigen risico	12
5.1	Premiebetaling	12
5.2	Schorsing	12
5.3	Eigen risico	13
5.4	Kennisgeving	13
6	Herziening van premie of voorwaarden	13
7	Duur en einde van de verzekering	13
8	Geschillen en toepasselijk recht	14
9	Ingangsdatum	14
10	Dekking (Studenten)StandaardPakketPolis	14
10.1	Opname en medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis	14
10.2	Medisch-specialistische zorg anders dan door of vanwege een ziekenhuis in een huispraktijk	15
10.3	Medisch-specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum	15
10.4	Medisch-specialistische zorg elders	15
10.5	Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astmacentrum te Davos (NAD)	15
10.6	Revalidatie	15
10.7	Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen	16
10.8	Hulpmiddelen	16
10.9	Fysiotherapie en oefentherapie	17
10.10	Ergotherapie	17
10.11	Logopedie	17
10.12	Behandeling door de huisarts	17
10.13	Bevalling en kraamzorg	18
	a Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk)	18
	b Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum (niet medisch noodzakelijk)	18
	c Bevalling en kraambed thuis	18
	d Poliklinische bevalling	18
10.14	Tandheelkundige zorg	19
	a Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar	19

b	Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar	19
c	Gebitsprothese	19
d	Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen	19
e	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	20
f	Kaakchirurgische behandeling van specialistische aard	20
g	Tandheelkundige implantaten	20
h	Mesostructuur en prothese op implantaten	20
i	Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap	21
10.15	Ziekenvervoer	21
10.16	Leukemie bij kinderen	21
10.17	Nierdialyse	22
10.18	Orgaantransplantaties	22
10.19	Chronisch intermitterende beademing	22
10.20	Zorg voor een audiologisch centrum	22
10.21	Trombosedienst	23
10.22	Erfelijkheidsonderzoek	23
10.23	Buitenland	23
11	Dekking Aanvullende PakketPolis (alleen indien meeverzekerd)	24
11.1	Preventie	23
a	Gezondheids cursus	23
b	Vaccinatie buitenland	23
11.2	Kraampakket	24
11.3	Thuiszorg	25
a	Eigen bijdrage thuiszorg	25
b	Praktische thuishulp door vrijwilligers	25
c	Terminale thuiszorg door vrijwilligers	25
11.4	Hulpmiddelen	25
a	Borstprothese	25
b	Brillenglazen en/of contactlenzen	25
c	Hoortoestellen	25
d	Plaswepker	26
e	Steunzolen	26
f	Steunpessarium	26
11.5	Tandheelkundige zorg	26
a	Orthodontie	26
b	Second opinion tandheelkundige zorg	26
11.6	Diverse therapieën	27
a	Flebologie / proctologie	27
b	Fysiotherapie	27
c	Podotherapie	27
d	Stottertherapie (Del Ferro en BOMA-methode)	27
e	Therapeutisch zwemmen in verwarmd water	27
11.7	Huidtherapie	28
a	Acnetherapie	28
b	Camouflagetherapie	28
c	Elektrische epilatie	28
d	Manuele lymfedrainage	28
e	Psoriasis therapie	29
11.8	Psychische hulpverlening	28
a	Eerstelijns psychologie	28
b	Orthopedagogie	29
c	(Kortdurende) oncologische psychosociale therapie	29
11.9	Alternatieve geneeswijzen	30

11.10	Kuren en therapeutische kampen	30
	a Herstellingsoord	30
	b Kuurbehandeling	30
	c Rode Kruisreis	31
	d Therapeutisch kamp	31
11.11	Extra vergoedingen	31
	a Besnijdenis	31
	b Consult sportblessure	31
	c Ouderverblijf bij opname kind	31
	d Patiëntenvereniging	31
	e Ziekenbezoek	32
11.12	Extra buitenlanddekking	32
12	dekking Antroposofische PakketPolis (alleen indien meeverzekerd)	33
	a Antroposofische zorg	33
	b Antroposofisch bereide preparaten	34
13	Bijlage	35

1 Begripsomschrijvingen

De verzekeraar

Degene die het ziektekostenverzekeringsbedrijf uitoefent, te weten Agis Ziektekostenverzekeringen N.V., in dit verband handelend onder de naam Anova Zorgverzekeringen, verder te noemen Anova.

Audiologische zorg

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bijkomende kosten

De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een in Nederland gelegen instelling die door de overheid is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

Ergotherapeut

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

Farmaceutische zorg

De volgende bij ministeriële regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde 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.

Gezin

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, zulks ter beoordeling van Anova.

Huisarts

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

Hulpmiddelen

De middelen die in de Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

Kaakchirurg

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

Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde 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.

Kraamcentrum

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door Anova als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten.

Logopedist

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

Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG die als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (NVMT).

Medisch adviseur

De arts, die Anova in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

Medisch-specialist

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

Medisch-specialistische zorg

Zorg of onderzoek, volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar / oefentherapeut Mensendieck, die voelddoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

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 of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

Orthodontist

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

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie.

Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus

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

Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Verzekerde

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

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Anova is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.

2 Dekking

2.1 Omvang van de dekking

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt Anova de kosten van de in de dekkingsrubrieken genoemde in Nederland ondergane medische behandelingen, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens Anova met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt Anova genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voorzover Anova meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan Anova te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Anova van het door de verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

TIP

Houdt u er rekening mee dat in een aantal gevallen geen recht op uitkering bestaat. U vindt dit onder UITSLUITINGEN.

2.2 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- 1 indien en voorzover door de verzekeringnemer of de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt;
- 2 voor de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die van bevolkingsonderzoek;
- 3 voor onderzoek en behandeling door een psycholoog;
- 4 voor alternatieve geneeswijzen;
- 5 voor de volgende onderdelen van farmaceutische zorg:
 - homeopathische- en antroposofische geneesmiddelen;
 - bepaalde zelfzorggeneesmiddelen, die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
 - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
 - ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming

-
- van Anova noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische produkt te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel;
- 6 voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
 - 7 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponereerd;
 - 7.1 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
 - 7.2 De uitsluiting onder 7.1 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 radio-actieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
 - 7.3 Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 7.2 geen toepassing.
 - 8 voor een in vitro fertilisatiebehandeling;
 - 9 voor een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel-gaas terzake van verloskundige zorg;
 - 10 voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de Uniforme regeling Farmaceutische Zorg anders is bepaald.

3 Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

De grondslag van de verzekering vormen de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden, het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden alsmede het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier. De schriftelijke gegevens die bij het aanvraagformulier afzonderlijk door de verzekerde zijn verstrekt vormen, met de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens, de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit.

Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens Anova gestelde vragen kan voor Anova aanleiding zijn de gehele of gedeeltelijke vernietiging, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

3.2 Kinderen

- 1 Voor kinderen, geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.
- 2 Meeverzekerd kunnen worden:
 - de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
 - de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar,

mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming studiekosten (WTS) of op buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

3.3 Vrije keuze

De verzekerde is vrij in keuze van ziekenhuis, medisch-specialist, kaakchirurg, orthodontist, huisarts, apotheker, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, (kinder)fysio-therapeut, manueel therapeut, oefentherapeut en logopedist.

3.4 Opname in een hogere dan de verzekerde klasse

Bij opname in een ziekenhuis in een hogere klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de derde klasse.

3.5 Begin en einde van de vergoeding

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

3.6 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden door Anova verwerkt ten behoeve van het aangaan en het uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op de verwerking van persoonsgegevens bij Anova is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf van toepassing.

4 Verplichtingen van de verzekeringnemer

- 1 De verzekeringnemer is verplicht:
 - van een opname in een ziekenhuis en bij bevalling en kraamzorg zo spoedig mogelijk vooraf schriftelijk kennis te geven aan Anova;
 - spoedopnames binnen drie dagen na opname schriftelijk ter kennis te brengen van Anova;
 - de behandelend huisarts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;
- 2 aan Anova, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- 3 Anova behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- 4 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij Anova in te dienen. Deze nota's dienen op zodanige wijze te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan

- worden opgemaakt tot welke vergoeding Anova is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.
- 5 bij medisch specialistische zorg, een verwijzing van de medisch specialist, huisarts of tandarts te overleggen, indien Anova hierom vraagt;

TIP

Maak voor het indienen van NOTA'S altijd gebruik van het declaratieformulier. Dit bespoedigt de afhandeling.

- 6 bij fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, oefentherapie, logopedie en logopedie een verwijzing van de medisch-specialist of huisarts over te leggen, indien Anova hierom vraagt;
- 7 Wanneer de belangen van Anova worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft Anova geen kosten te vergoeden.

5 Premie en eigen risico

5.1 Premiebetaling

- 1 De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, per maand, kwartaal, halfjaar of jaar bij vooruitbetaling te voldoen.
Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Anova gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her-)berekenen respectievelijk te restitueren.
Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Anova te vorderen vergoeding.
- 2 Ingeval van overlijden van de verzekerde, danwel na ontvangst door Anova van de mededeling van de inschrijving als ziekenfondsverzekerde, vindt desgevraagd verrekening respectievelijk restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum, danwel de dag volgend op de datum van ontvangst van het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde.

5.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Anova schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.
Indien Anova maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.
Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Anova zijn ontvangen.

5.3 Eigen risico

Op de polis is een eigen risico van f 210,= per gezin (voor alleenstaanden f 105,=) per kalenderjaar van toepassing. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Het eigen risico is niet van toepassing op ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer. Hiervoor geldt een specifiek eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van deze artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekeringnemer blijft, tellen deze niet mee voor het bedrag van het eigen risico.

Voor de bepaling van het eigen risico is de (gezins-)situatie per 1 januari van enig kalenderjaar bepalend.

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt danwel eindigt, wordt het eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad, gedeeld door twaalf. Bij het aangaan van een verzekering wordt de maand waarin deze tot stand komt buiten beschouwing gelaten. Bij het einde van een verzekering wordt de maand waarin deze wordt beëindigd, als volle maand meegeteld.

5.4 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan Anova kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling, verhuizing, huwelijk, samenwoning, geboorte, overlijden en dergelijke.

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

6 Herziening van premie of voorwaarden

- 1 Anova heeft het recht de polisvoorwaarden en de premies van de bij hem lopende polissen en bloc danwel groepsgewijs te herzien.
Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Anova vast te stellen datum.
Anova doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.
- 2 De verzekeringnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in 6.1 genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen daarna schriftelijk aan Anova meedeelt.
De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.
- 3 Heeft Anova binnen 30 dagen na de in 6.1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7 Duur en einde van de verzekering

- 1 De verzekering is aangegaan voor de periode als in deze polis omschreven en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer tenminste drie maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk bij Anova heeft opgezegd.

- 2 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Anova niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens in geval van schorsing als bedoeld in 5.2.
- 3 De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. Anova dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
- 4 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.
- 5 De verzekering van de verzekerde eindigt indien de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering is toegelaten en wel op de datum waarop Anova van de verzekerde het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde ontvangt.
- 6 De verzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde onder 3.2.
Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.

8 Geschillen en toepasselijk recht

- 1 Alle geschillen voortkomend uit de bepalingen van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) danwel uit de inhoud van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de Beroepscommissie WTZ, Postbus 520, 3700 AM Zeist binnen zes maanden na het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven.
De beroepscommissie beslist bij wege van bindend advies over het voorgelegde geschil.
- 2 Klachten kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van Anova, worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.
- 3 Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

9 Ingangsdatum

Deze polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2001.

10 Dekking (Studenten) StandaardPakketPolis

10.1 Opname en medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis

- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- de kosten van opname in de derde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis;
- de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moeder, in het ziekenhuis moet verblijven worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden nog niet heeft bereikt.

10.2 Medisch-specialistische zorg anders dan door of vanwege een ziekenhuis in een huispraktijk

Het honorarium van de medisch-specialist voor de medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend.

10.3 Medisch-specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum

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

Een lijst van zelfstandige behandelcentra is desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij Anova.

10.4 Medisch-specialistische zorg elders

- het honorarium van de medisch-specialist.

10.5 Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astmacentrum te Davos (NAD)

De kosten van onderzoek in, opname en verder verblijf in het NAD, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland. Anova dient op een desbetreffend verzoek tevoren een machtiging afgegeven te hebben. De af te geven machtiging geldt voor een periode van zes weken tenzij door Anova anders is bepaald.

10.6 Revalidatie

- 1 Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:
 - deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en
 - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.
- 2 Revalidatie kan plaatsvinden:
 - in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
 - in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).
- 3 Vergoeding van de kosten, bedoeld onder lid 1 en 2 vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd voor opname en / of behandeling bij Anova en wanneer Anova als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

10.7 Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen

- 1 De kosten van farmaceutische zorg, overeenkomstig de Uniforme regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts, tenzij Anova anders bepaalt. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De Uniforme regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.
- 2 Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:
 - vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - een half jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;
 - drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen;
 - vijftien dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
 - een maand in overige gevallen.
- 3 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, blijft het meerdere buiten de vergoeding van kosten. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp of Anova anders bepaalt.
- 4 De kosten van dieetpreparaten overeenkomstig de Uniforme regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, na aanvraag en toestemming vooraf door Anova. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.
- 5 Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

10.8 Hulpmiddelen

- 1 De kosten van aanschaf, danwel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de maximumbedragen van de Uniforme regeling Hulpmiddelen zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld vergoed. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Anova.
- 2 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf danwel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voor zover Anova op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Uniforme regeling Hulpmiddelen

anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

10.9 Fysiotherapie en oefentherapie

De kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut of manueel therapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar op voorschrift van de huisarts of medisch specialist, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Indien en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of medisch specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar, danwel nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is vooraf toestemming van Anova noodzakelijk.

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor (kinder)fysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) danwel oefentherapie Mensendieck / Cesar in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck / Cesar, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie. Hiervoor is vooraf toestemming vereist van Anova. Deze regeling maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Niet voor vergoeding in aanmerking komt individuele behandeling danwel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

10.10 Ergotherapie

De vergoeding omvat de kosten van advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

10.11 Logopedie

De kosten van behandeling op voorschrift van de huisarts of de medisch specialist door een logopedist als bedoeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

10.12 Behandeling door de huisarts

- het honorarium van de huisarts, alsmede
- de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

10.13 Bevalling en kraamzorg

Voor de vrouwelijke verzekerde geldt terzake bevalling en kraamzorg de volgende vergoedingsregeling:

a. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk)

Indien en voorzover verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a de kosten van opname in de derde klasse;
- b de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- c het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de specialist of verloskundige of huisarts.

b. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum (niet medisch noodzakelijk)

Indien de bevalling en het kraambed in een ziekenhuis of kraamcentrum plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a de kosten in rekening gebracht door het ziekenhuis of kraamcentrum, gedurende maximaal 10 dagen tot ten hoogste f 341,50 per dag;
- b het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de specialist of verloskundige of huisarts.

Op de vergoeding genoemd onder a. blijft een bedrag van f 48,- per dag voor rekening van de verzekeringnemer.

c. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden worden de kosten vergoed van het kraamcentrum voor:

- a het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of huisarts of verloskundige;
- b de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, van tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum in overleg met Anova.

Op de vergoeding onder c. blijft een bedrag van f 6,- per uur zorg voor rekening van de verzekeringnemer.

d. Poliklinische bevalling

Indien de bevalling poliklinisch plaatsvindt bestaat aanspraak op de vergoeding van:

- a de kosten van het ziekenhuis volgens het daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie goedgekeurde tarief, waarbij een bedrag van f 48,- voor rekening van de verzekeringnemer blijft. Indien het ziekenhuis evenwel verpleegdagen in rekening brengt, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het onder 10.10.b gestelde;
- b het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- c de kosten van kraamzorg zoals genoemd onder punt 10.13.c onder c.
- d Combinatie van de zorg genoemd in 10.13 a t/m d.

Bij een combinatie van de hierboven genoemde zorg worden de kosten voor maximaal 10 in tijdsvolgorde in rekening gebrachte dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze "dubbele" dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen.

10.14 Tandheelkundige zorg

a. Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoed worden de kosten tot maximaal f 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Niet vergoed worden de kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen en orthodontie.

b. Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar

Vergoed worden de kosten van preventief onderhoud, in principe eenmaal per jaar, tenzij meer behandelingen per jaar medisch / tandheelkundig noodzakelijk zijn.

Het preventieve onderhoud omvat:	Tariefcodes
periodieke controle;	C10
eerste bezoek nieuwe patiënt;	C30
consult inclusief kleine verrichting;	C20
het verwijderen van tandsteen;	M50 of M55 of M59
controle en instructie mondhygiëne	M30 of M40

c. Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een prothese voor boven- of onderkaak door de tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde komen voor vergoeding in aanmerking een uitneembare volledige immediaatprothese, dan wel een vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij vervaardiging en plaatsing door een tandprotheticus komt alleen voor vergoeding in aanmerking de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- of onderkaak. Vergoed wordt 75% van de gedeclareerde bedragen. Tevens worden volledig vergoed de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de geldende UPT-codes het CTG-tarief in aanmerking.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van Anova is vereist tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste f 1000,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen. Indien de volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, f 800,- per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

d. Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

Vergoed worden de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking. Anova dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te geven voor de behandeling.

e. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, danwel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- a het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- b een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- c een defect tengevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- e een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- Anova op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Vergoed wordt 90% van de gedeclareerde bedragen.

f. Kaakchirurgische behandeling van specialistische aard

Vergoed worden

- het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die niet gepaard gaat met opname en voor zover het betrekking heeft op tandheelkundige implantaten met inachtneming van artikel 10.14.g;
- de bijkomende kosten.

g. Tandheelkundige implantaten

De kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- de implantaten door de kaakchirurg worden ingebracht;
- Anova op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich bovendien tot het honorarium van de kaakchirurg en van de anesthesist en de bijkomende ziekenhuiskosten. In geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

h. Mesostructuur en prothese op implantaten

Vergoed worden de kosten van mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel) alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel) maar uitsluitend indien:

- de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, vooraf toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten. Per overkappingprothese in de onder- of bovenkaak komt een bijdrage van f 200,- per kaak voor rekening van de verzekerde.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzonder tandheelkunde, komt in plaats van de geldende UPT-codes het door het CTG goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van f 200,- per kaak voor rekening van de verzekerde.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

i. Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de vergoeding zoals vermeld onder 10.14.a. respectievelijk 10.14.b. niet van toepassing. Na vooraf verleende goedkeuring door Anova vindt vergoeding van kosten plaats, onder de door Anova gestelde voorwaarden.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

Het aanvraagformulier voor de toestemming wordt op verzoek door Anova verstrekt.

10.15 Ziekenvervoer

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland, indien en voorzover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is, per ambulance, taxi of auto zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraamcentrum, alsmede naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt respectievelijk vervoer naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld. Voor ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer, komt een bedrag van de eerste f 100,- per gezin per kalenderjaar (voor alleenstaanden f 50,- per kalenderjaar) niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op 40 cent per kilometer.

De kosten van ziekenvervoer dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens de Standaard(Pakket)Polis en - met inachtneming van het eigen risico - geheel of gedeeltelijk voor rekening van Anova kunnen komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking kunnen komen.

10.16 Leukemie bij kinderen

De kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

10.17 Nierdialyse

Bij niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum worden de kosten vergoed van de verleende nierdialyse, alsmede van het daarmee verband houdende onderzoek, de behandeling en de verpleging. Tevens worden de kosten verband houdende met de door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding vergoed.

Bij dialyse ten huize van de verzekerde komen behalve de hiervoor vermelde kosten ook de navolgende kosten voor vergoeding in aanmerking:

- de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Tevens vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen. De kosten worden alleen vergoed voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien;
- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de haemodialyseapparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen) alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen benodigd voor het verrichten van de dialyse.

10.18 Organtransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door Anova. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende organtransplantatie.

10.19 Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een medisch-specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

10.20 Zorg door een audiologisch centrum

De kosten van zorg door een daartoe door een bevoegde overheidsinstantie toegelaten audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-neus- en oorarts.

10.21 Trombosedienst

De kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch specialist.

10.22 Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of medisch specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s)) van de) onderzochte andere persoon of personen.

10.23 Buitenland

Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie dan Nederland

De vergoeding van de kosten van zorg in andere lidstaten van de Europese Unie dan Nederland bedraagt ten hoogste 100% van de kosten indien de zorg in Nederland zou zijn verricht krachtens de dekking van de standaard(pakket)polis zou zijn vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto worden in dat geval vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend indien deze in Nederland zou zijn geboden. Het is belangrijk dat de verzekerde in een voorkomend geval vooraf met Anova contact opneemt opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

Spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland

- 1 De kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland omvatten:
 - medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
 - medisch-specialistische zorg zonder opname;
 - behandeling door een huisarts;
 - farmaceutische zorg op voorschrift van een huisarts of een medisch-specialist.

Deze kosten worden vergoed tot ten hoogste 200% van de kosten die met toepassing van verzekeringsvoorwaarden zouden worden vergoed indien de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan. Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.
- 2 Vergoeding van de kosten omvat voorts vergoeding van de kosten van het medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis /medisch-specialist.
- 3 Vergoeding van de kosten tot ten hoogste 200% wordt niet verleend indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan.

De vergoeding van de verzekerde kosten bedoeld in de rubriek "Buitenland" geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel met inachtneming van de verrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de verzekeraar zijn ontvangen.

11 Dekking Aanvullende PakketPolis (alleen indien meeverzekerd)

- 1 De Aanvullende PakketPolis kan uitsluitend worden gesloten in combinatie met de StandaardPakketPolis.
- 2 De in de Aanvullende PakketPolis genoemde vergoedingen worden uitsluitend verleend, indien de Aanvullende PakketPolis bij de StandaardPakketPolis is meeverzekerd.
- 3 Een eigen risico op de StandaardPakketPolis is niet van toepassing op de Aanvullende PakketPolis.

11.1 Preventie

a. Gezondheidskursus

Omschrijving: volgen en afronden van een (preventieve) cursus ter bevordering van de gezondheid.

Zorgverlening: AWBZ-erkende kruisorganisatie of een andere instantie, waarmee Anova hierover afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal f50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een certificaat of kopie-bewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

b. Vaccinatie buitenland

Omschrijving: vaccinatie en preventieve geneesmiddelen bij tijdelijk verblijf in het buitenland.

Zorgverlening: GG&GD en huisarts.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f100,- per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die worden toegediend in verband met een risico dat direct voortvloeit uit de beroepsuitoefening, komen niet voor de vergoeding in aanmerking.

11.2 Kraampakket

Omschrijving: • kraampakket;

TIP

**Bel 033 330 13 00 voor een Kraampakket
uiterlijk drie maanden voor de bevalling.**

Bijzonderheden: er bestaat recht op verstrekking van een kraampakket indien de aanstaande moeder als deelnemer vermeld staat op de polis en het kraampakket tussen de 20^e en 12^e week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum via het centrale Anova telefoonnummer 033 330 13 00 is aangemeld.

11.3 Thuiszorg

a. Eigen bijdrage thuiszorg

Omschrijving: wettelijk vastgestelde inkomensafhankelijke eigen bijdrage krachtens de AWBZ.

Vergoeding: maximaal f 500,- per kalenderjaar, nadat de verzekerde het eigen risico van f 100,- per kalenderjaar heeft voldaan.

Bijzonderheden:

- de vergoeding wordt een maal per huishouding betaald;
- de basis voor vergoeding vormt de oplegging van een Eigen Bijdrage in verband met thuiszorg door het CAK of door het Zorgkantoor.

b. Praktische thuishulp door vrijwilligers

Omschrijving: praktische thuishulp voor gezinnen met een gehandicapte of dementerende huisgenoot.

Zorgverlening: via de Thuishulpcentrale in Utrecht / Amersfoort of de plaatselijke AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie.

Vergoeding: f 12,50 per zorgdag gedurende ten hoogste 10 dagen per kalenderjaar.

c. Terminale thuiszorg door vrijwilligers

Zorgverlening: vrijwilligersorganisatie die is aangesloten bij het steunpunt van de landelijke Stichting Vrijwilligers Terminale Thuiszorg (VTZ).

Vergoeding: maximaal f 250,-.

Voorschrift: huisarts of VTZ.

11.4 Hulpmiddelen

a. Borstprothese

Omschrijving: gebruiksklare externe borstprothese.

Vergoeding:

- vloeistofhoudend: f 35,- per prothese eenmaal per kalenderjaar;
- niet-vloeistofhoudend (siliconen): f 70,- per prothese eenmaal per twee kalenderjaren.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend indien tevens vergoeding krachtens de StandaardPakketPolis heeft plaatsgevonden.

b. Brillenglazen en/of contactlenzen

Vergoeding:

- tot 8.25 dioptrieën: f 20,- per glas voor maximaal twee brillenglazen en/of twee contactlenzen, ten hoogste eenmaal per kalenderjaar;
- vanaf 8.25 dioptrieën: f 100,- per glas en/of contactlens voor maximaal twee brillenglazen en/of twee contactlenzen, ten hoogste eenmaal per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- voor de berekening van het aantal dioptrieën wordt het aantal dioptrieën van een eventuele cilinder en het leesgedeelte niet meegeteld;
- zonnebrillen en gekleurde contactlenzen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

c. Hoortoestellen

Omschrijving: hoortoestel inclusief het bijbehorend oorstukje en zes batterijen.

- Vergoeding: • tot 16 jaar: maximaal f 300,-;
• vanaf 16 jaar: maximaal f 100,- per hoortoestel ten hoogste eenmaal per vijf kalenderjaren;
• nazorgcontract: f 50,- per hoortoestel.
- Bijzonderheden: • de vergoeding geldt uitsluitend voor de aanschaf van hoortoestellen in gewone dan wel bijzondere uitvoering als bedoeld in de Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland;
• de vergoeding wordt uitsluitend verleend indien tevens vergoeding krachtens de StandaardPakketPolis heeft plaatsgevonden.

d. Plaswekker

- Vergoeding: volledig.
- Zorgverlening: via leverancier waarmee Anova daarover afspraken heeft gemaakt.
- Machtiging: ja, VOORAF.
- Voorschrift: behandelend arts of specialist.
- Bijzonderheden: huurkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

e. Steunzolen

- Zorgverlening: • orthopedisch instrumentmaker, lid van Orthobanda;
• orthopedisch schoentechniker, lid van de Nederlandse Vereniging van Orthopedische Schoentechniek.
- Vergoeding: • tot 16 jaar: f 50,- per paar ten hoogste eenmaal per kalenderjaar;
• vanaf 16 jaar: f 50,- per paar ten hoogste eenmaal per twee kalenderjaren.
- Voorschrift: behandelend arts of specialist.

f. Steunpessarium

- Vergoeding: maximaal f 60,-, ten hoogste eenmaal per kalenderjaar.

11.5 Tandheelkundige zorg

a. Orthodontie

- Zorgverlening: Orthodontist of tandarts.
- Vergoeding: volledig tot een maximum van f 3500,-.
- Bijzonderheden: genoemde vergoeding wordt eenmalig verleend voor orthodontie die niet op grond van de StandaardPakketPolis wordt vergoed.

b. Second opinion tandheelkundige

- Omschrijving: second opinion ten behoeve van een voorgenomen tandheelkundige behandeling.
- Zorgverlening: adviserend tandarts van Anova.
- Vergoeding: volledig.

11.6 Diverse therapieën

a. Flebologie / proctologie

Omschrijving: behandeling van spataderen en aambeien.

Zorgverlening: een arts niet zijnde medisch specialist die praktiseert als fleboloog of proctoloog,

Vergoeding: maximaal f60,- per behandeling voor ten hoogste vier behandelingen per kalenderjaar.

Verwijzing: arts.

Bijzonderheden: de vergoeding is inclusief alle bij de behandeling gebruikte materialen.

b. Fysiotherapie

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend indien uit de verwijzing de medische noodzaak blijkt, voor dezelfde aandoening de krachtens de StandaardPakketPolis te verstrekken fysiotherapie heeft plaatsgevonden en de behandeling direct aansluitend en bij dezelfde fysiotherapeut plaatsvindt.

c. Podotherapie

Omschrijving: onderzoek, consult, orthesen en nagelbeugels, therapeutische zolen of steunzolen.

Zorgverlening: podotherapeut, podokinesioloog of podo-orthesioloog.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f250,- per kalenderjaar.

d. Stottherapie (Del Ferro en BOMA-methode)

Omschrijving: stottherapie volgens de Del Ferro of de BOMA-methode (bewust omgaan met ademhaling).

Zorgverlening: • zorgverlener die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Logopedie en Foniatrie (NVLf).

Vergoeding: • Del Ferro: maximaal 30 behandelingen bij wekelijkse therapie óf f1500,- bij meerdaagse therapie;
• BOMA: maximaal f1500,- bij meerdaagse therapie.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt eenmalig verleend voor één van de genoemde therapieën.

e. Therapeutisch zwemmen in verwarmd water

Omschrijving: in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water als oefentherapie voor verzekerden, die lijden aan de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Zorgverlening: fysiotherapeut of oefentherapeut.

Vergoeding: f5,- per keer tot een maximum van f250,- per kalenderjaar.

Voorschrift: behandelend arts

11.7 Huidtherapie

a. Acnetherapie

Omschrijving: huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij genezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat.

Zorgverlening: huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) èn een overeenkomst met Anova heeft gesloten.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f400,- per kalenderjaar.

Voorschrift: behandelend arts.

b. Camouflagetherapie

Omschrijving:

- lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat of de hals;
- de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke;
- littekenbehandeling.

Zorgverlening: huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) èn een overeenkomst met Anova heeft gesloten.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f400,-.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt eenmalig verleend.

c. Elektrische epilatie

Omschrijving: behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat of de hals.

Zorgverlening: huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) èn een overeenkomst met Anova heeft gesloten.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f1250,-.

Voorschrift: arts.

Bijzonderheden:

- de vergoeding wordt eenmalig verleend;
- zo nodig kan een extra vergoeding van 75% tot een maximum van f1250,- worden verleend, uitsluitend na toestemming VOORAF van Anova.

d. Manuele lymfedrainage

Omschrijving: behandeling van ernstig lymfoedeem.

Zorgverlening: huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) èn een overeenkomst met Anova heeft gesloten.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f1500,- per kalenderjaar.

Machtiging: ja, VOORAF.

Voorschrift: arts.

e. Psoriasis therapie**1. Therapie**

Omschrijving: intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Vergoeding: • ten hoogste 30 behandelingen per kalenderjaar bij Psoriasis Dagbehandelingscentrum Midden-Nederland te Ede, Psoriasis Dagbehandelingscentrum Midden-Nederland te Utrecht of kuurcentrum Boekelo;
• volledig bij Multicare te Hilversum.

Voorschrift: behandelend huidarts.

Bijzonderheden: aan de hulpverlening bij Multicare te Hilversum kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

2. Lichtcabine

Omschrijving: het bij de verzekerde thuis plaatsen van een lichtcabine.

Zorgverlening: via Multicare te Hilversum.

Vergoeding: tot een maximum van f 750,- per kalenderjaar.

Machtiging: ja, VOORAF.

Voorschrift: behandelend huidarts.

11.8 Psychische hulpverlening**a. Eerstelijns psychologie**

Zorgverlening: gekwalificeerd eerstelijns psycholoog, die tevens is aangesloten bij een Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen (ROEP).

Vergoeding: maximaal f 60,- per behandeling als bijdrage in de totale kosten voor ten hoogste twaalf behandelingen per twee kalenderjaren.

Verwijzing: behandelend arts.

b. Orthopedagogie

Omschrijving: behandeling van kinderen tot en met 18 jaar met leer- en opvoedingsproblemen.

Zorgverlening: gekwalificeerd vrijgevestigde orthopedagoog, die tevens is aangesloten bij het Werkverband Eigen Praktijk (WEP).

Vergoeding: maximaal f 60,- per behandeluur als bijdrage in de totale kosten voor ten hoogste 20 behandeluren per twee kalenderjaren.

Verwijzing: (school)arts.

c. (Kortdurende) oncologische psychosociale therapie

Omschrijving: (kortdurende) oncologische psychosociale therapie

Zorgverlening: Helen Dowling Institute, Utrecht (HDI)

11.9 Alternatieve geneeswijzen

- Omschrijving:
 - acupunctuur;
 - antroposofie;
 - chiropractie;
 - homeopathie en homeopathische middelen;
 - klassieke homeopathie;
 - manuele geneeskunde;
 - moerman therapie;
 - natuurgeneeswijze;
 - orthomanipulatie;
 - orthopedische geneeskunde;
 - osteopathie.
- Zorgverlening: zorgverlener die is aangesloten bij een beroepsvereniging, genoemd in de lijst van namen en adressen die als bijlage achterin deze polisvoorwaarden is opgenomen.
- Vergoeding: 75% met een maximum van f750,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van de genoemde alternatieve geneeswijzen en homeopathische middelen
- Bijzonderheden:
 - homeopathische middelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien deze zijn voorgeschreven door een homeopathische arts die staat ingeschreven in het register van de Vereniging van Homeopathische Artsen Nederland (VHAN) en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker of apothekhoudend arts of de voorschrijvend homeopathisch arts;
 - het tarief dat de leden van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH) in rekening brengen is inclusief de geneesmiddelen die worden gebruikt;
 - vitamines, mineralen, voedingssupplementen en zelfzorgmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

11.10 Kuren en therapeutische kampen

a. Herstellingsoord

Zorgverlening: niet AWBZ-erkend herstellingsoord, waarmee Anova een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding: f75,- per dag gedurende een periode van maximaal zes weken, ten hoogste eenmaal per drie kalenderjaren.

Machtiging: ja, VOORAF.

Voorschrift: behandelend arts.

b. Kuurbehandeling

Omschrijving: kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen onderkennen in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden.

Zorgverlening: een door Anova erkend kuurcentrum.

Vergoeding: 75% tot een maximum van f2000,-, ten hoogste eenmaal per kalenderjaar.

Machtiging: ja, VOORAF.

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

c. Rode Kruisreis

Omschrijving: vaarweek of een vakantie reis van het Rode Kruis voor ernstig zieke verzekerden.

Vergoeding: f125,-.

Bijzonderheden: de verzekerde moet hiervoor contact opnemen met het Rode Kruis.

d. Therapeutisch kamp

Omschrijving: verblijfskosten in een therapeutisch kamp voor astmatische of lichamelijk gehandicapte jongeren.

Vergoeding: f15,- per dag voor ten hoogste tien dagen per kalenderjaar.

Bijzonderheden: de vergoeding geldt uitsluitend voor jongeren tot 16 jaar.

11.11 Extra vergoedingen

a. Besnijdenis

Omschrijving: circumcisie op religieuze gronden.

Zorgverlening: huisarts en GG&GD Utrecht.

Vergoeding: f250,-.

b. Consult sportblessure

Zorgverlening: sportmedisch adviescentrum (SMA), dat voldoet aan door Anova nader te stellen voorwaarden.

Vergoeding: volledig voor één (eerste) consult, ten hoogste eenmaal per kalenderjaar.

Verwijzing: behandelend arts of fysiotherapeut.

c. Ouderverblijf bij opname kind

Omschrijving: noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, ingeval van opname van een bij Anova verzekerd kind.

Vergoeding: f25,- per nacht.

d. Patiëntenvereniging

Omschrijving: lidmaatschapskosten van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF).

Vergoeding: f50,-, uitsluitend in het jaar van toetreding.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van lidmaatschap en het betalingsbewijs.

e. Ziekenbezoek

Omschrijving: vervoer in verband met ziekenbezoek aan een opgenomen gezinslid in een instelling die op een afstand van tenminste 30 kilometer gelegen is van het woonadres van het opgenomen en van het bezoekende gezinslid.

Vergoeding: volgens onderstaande tabel, eenmalig tot de vermelde maximum bedragen en voor ten hoogste drie bezoeken per week:

Afstand in km. vice versa	Vergoeding per bezoek	Vergoeding maximaal
60 - 100	f 15,-	f 500,-
101 - 200	f 25,-	f 1000,-
201 - 300	f 45,-	f 2000,-
301 - 400	f 65,-	f 3000,-
> 400	f 85,-	f 4000,-

- Bijzonderheden:
- het betrokken gezinslid dient te zijn opgenomen in een in Nederland of Davos gevestigde instelling, die is erkend in het kader van de Ziekenfondswet of de AWBZ;
 - er moet sprake zijn van een aaneengesloten opnameperiode;
 - voor de bepaling van de afstand wordt uitgegaan van de kortste route over de weg;
 - de vergoeding wordt verleend per opgenomen gezinslid ongeacht het aantal bezoekende personen;
 - het opgenomen en het bezoekende gezinslid dienen op dezelfde polis verzekerd te zijn;
 - bezoeken gedurende de eerste 14 dagen van de opname komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - voor declaratie van de kosten van ziekenbezoek is een speciaal formulier verkrijgbaar bij Anova.

11.12 Extra buitenlanddekking

- Vergoeding:
- geneeskundige kosten: vergoeding tot maximaal de kostprijs, indien en voor zover de verleende vergoeding op grond van de StandaardPakketPolis, zijnde ten hoogste 200% van de kosten die in Nederland zouden zijn vergoed, niet toereikend is;
 - ziekenvervoer: volledig voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen het land van verblijf. Tevens de kosten van ziekenvervoer per ambulance of, bij indicatie voor ambulancevervoer en mits deze kosten niet hoger zijn, per vliegtuig vanuit het buitenland naar de eigen woonplaats of een ziekenhuis in Nederland;
 - Anova Alarminstallatie: volledig voor het organiseren van hulpverlening door Anova Alarmservice;
 - extra reis- en verblijfskosten in verband met ziekte of ongeval: volledig voor de gewonde of zieke verzekerde en één reisgenoot mits noodzakelijk ter verpleging en bijstand, tezamen tot een maximum van f 2500,- voor ten hoogste 21 dagen, te rekenen vanaf de eerste dag van de ziekte of het ongeval;
 - vervoer stoffelijk overschot: volledig van de plaats van overlijden naar Nederland.

TIP

Neem altijd als u naar het BUITENLAND gaat het telefoonnummer van Anova Alarmservice mee: 020 574 05 99

Machtiging: ja, uitsluitend in de volgende gevallen:

- voor ziekenvervoer vanuit het buitenland naar Nederland: VOORAF via Anova Alarmservice;
- voor vervoer stoffelijk overschot: VOORAF via Anova Alarmservice.

12 Antroposofische PakketPolis

(alleen indien meeverzekerd)

- 1 De Antroposofische PakketPolis kan uitsluitend worden gesloten in combinatie met de Aanvullende PakketPolis.
- 2 De in de Antroposofische PakketPolis genoemde vergoedingen worden uitsluitend verleend, indien de Antroposofische PakketPolis bij de Aanvullende PakketPolis is meeverzekerd.

a. Antroposofische zorg

Zorgverlener: zorgverlener, die lid is van de desbetreffende beroepsvereniging.

- Vergoeding:
- dieettherapie: maximaal f 300,- per jaar;
 - eerstelijns psychologische zorg: f 60,- per behandeling voor ten hoogste twaalf behandelingen per kalenderjaar door een eerstelijns antroposofisch werkend psycholoog, die als zodanig staat geregistreerd bij Anova, uitsluitend na verwijzing door de antroposofisch werkende huisarts;
 - heileuritmie: f 40,- per behandeling van 30 minuten voor ten hoogste tweemaal veertien behandelingen per kalenderjaar;
 - kunstzinnige therapie, beeldend:
 - a groepstherapie (maximaal vijf personen): f 45,- per behandeling voor ten hoogste tweemaal veertien behandelingen per kalenderjaar;
 - b individuele therapie: f 65,- per behandeling voor ten hoogste tweemaal veertien behandelingen per kalenderjaar, uitsluitend na voorafgaande toestemming van Anova;
 - kunstzinnige therapie, spraak en muziek: f 40,- per behandeling voor ten hoogste tweemaal veertien behandelingen per kalenderjaar;
 - opname in het ziekenhuis: vergoeding op consultbasis voor medebehandeling door de antroposofisch werkende huisarts;
 - uitwendige therapieën: tot het vermelde maximum bedrag voor ten hoogste tweemaal twaalf behandelingen per kalenderjaar bij:
 - a behandeling door fysiotherapeut:

Omschrijving	Maximum bedrag per zitting
wikkels en pakkingen	f 15,- ¹⁾
badtherapie	f 45,-
koortsbad	f 60,-

¹⁾ uitsluitend als aanvulling na een zitting fysiotherapie, die op grond van de StandaardPakketPolis wordt vergoed.

b behandeling door verpleegkundige:

Omschrijving	Maximum bedrag per zitting
totaal inwrijvingen	f 30,-
wikkels en pakkingen	f 15,-
badtherapie	f 45,-
koortsbad	f 60,-

-
- zuigelingenverzorging: maximaal f 250,- eenmalig voor controle van de baby bij de antroposofisch werkende huisarts in plaats van bij het consultatiebureau. De huisarts dient zelf afspraken met de kruisvereniging te maken over het zorgplan en de inentingen.

Voorschrift: antroposofisch werkend arts, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen.

Bijzonderheden: een eventuele eigen bijdrage voor heileuritmie of kunstzinnige therapie bij behandeling in een instelling wordt volledig vergoed, indien de therapie integraal onderdeel uitmaakt van de zorg en behandeling in die instelling.

b Antroposofisch bereide preparaten

Omschrijving: antroposofisch bereide preparaten:

- behorend tot de categorie AFP-middelen;
- geproduceerd door een vergunning houdend fabrikant.

Levering: in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: 75% met een maximum van f 750,- per kalenderjaar.

Voorschrift: antroposofisch werkend arts, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen.

13 Bijlage

Namen en adressen

Alternatieve geneeswijzen

acupunctuur:

- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV),
Postbus 8547, 3503 RM Utrecht, tel. 030 247 45 59
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA),
Postbus 2198, 3800 CD Amersfoort, tel. 033 463 04 34
- Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGVA),
Postbus 1551, 1200 BN Hilversum, tel. 035 623 27 53

antroposofie:

- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA),
Postbus 266, 3970 AG Driebergen, tel. 0343 53 35 38
- chiropractie:
 - Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA),
D.E. plein 1, 8501 AB Joure, tel. 0513 41 20 41

homeopathie:

- Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN),
Postbus 223, 6700 AE Wageningen, tel. 0317 42 69 08
- klassieke homeopathie:
 - Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH),
Postbus 10, 2400 AA Alpen aan de Rijn, tel. 0172 48 88 99

manuele geneeskunde:

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG),
Tweede Jan Steenstraat 60III, 1074 CP Amsterdam, tel. 020 470 12 81
- moerman therapie:
 - Moermanvereniging voor Natuurlijke Kankerbestrijding,
Postbus 14, 6674 ZG Herveld, tel. 0488 45 12 21

natuurgeneeswijze:

- Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG),
Postbus 75414, 1070 AK Amsterdam, tel. 020 644 07 94
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP),
Ruige Velddreef 133, 3831 PG Leusden, tel. 033 495 31 33
- Vereniging Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT),
Heiligenbergerweg 36, 3816 AK Amersfoort, tel. 033 475 51 31

orthomanipulatie:

- Vereniging van Artsen voor Orthomanuele Geneeskunde (VAOMG),
Rooseveltlaan 78, 1078 NM Amsterdam, tel. 020 676 03 83
- osteopathie / orthopedische geneeskunde:
 - Nederlands Register voor Osteopathie (NRO),
Teune Smeedsstraat 36, 6039 ES Stramproy, tel. 0495 56 61 75
 - Nederlandse Associatie van Gediplomeerde Osteopaten (NAGO),
Holtmeulen 36, 1083 CH Amsterdam, tel. 020 646 39 55
 - Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG),
Heiligenbergerweg 130, 3816 AN Amersfoort, tel. 033 475 02 06