



VOORWAARDEN EN VERGOEDINGEN

VANAF 1 JANUARI 2005



## Vergoedingsoverzicht

Vergoeding	Artikel	Bladzijde
Alarmcentrale	2.2	36
Alternatieve geneesmiddelen	23	25
Alternatieve geneeswijzen/therapieën	22	25
Anticonceptiva	17	22
Astmacentrum (Nederlands) te Davos	3	17
Audiologisch centrum	13	20
Bevalling	25, 26, 27	26, 27
Bewakingsapparatuur ter voorkoming wiegendood	46	34
Buitenland	29	28
Buitenland, preventieve vaccinaties	47	34
Cosmetische chirurgie	35	30
Dagverpleging	1	17
Dieetadvisering	49	35
Erfelijkheidsonderzoek	14	20
Ergotherapie	19	24
Farmaceutische zorg	17	21
Fysiotherapie	18	22
Huisarts	16	21
Hulpmiddelen	24	25
In vitro fertilisatie	10	19
Kraampakket	27	27
Kraamzorg	26	26
Kuurreizen	30	29
Leukemieonderzoek bij kinderen	12	20
Logopedie	20	24
Medisch specialistische zorg, extramuraal	6	18
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	17
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	5	18

Vergoeding	Artikel	Bladzijde
Nierdialyse	9	19
Oefentherapie	18	22
Organtransplantaties	8	19
Orthodontie	37	31
Orthodontie, bijzondere gevallen	44	33
Podotherapie	34	30
Preventieve onderzoeken	47	34
Psoriasisbehandeling	15	21
Psychologische zorg	32, 33	29, 30
Revalidatie, deeltijdbehandeling	4	18
Ronald Mc Donaldhuis en andere logeerhuizen	2	17
Second opinion	45	34
Sportmedisch onderzoek	48	35
Sterilisatie	11	20
Stottertherapie	21	25
Tandheelkundige zorg, algemeen	39	31
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	43	33
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	42	33
Tandheelkundige zorg, implantaten	38	31
Tandheelkundige zorg, mesostructuur op implantaten	41	32
Tandheelkundige zorg, prothesen	40	32
Therapeutische kamp voor astmatische kinderen	31	29
Verloskundige zorg	25	26
Zelfstandig behandelcentrum	7	18
Ziekenhuisopname	1	17
Ziekenvervoer	28	27

**In het kort:**

**Wij beschrijven allereerst het verzekeringsreglement**

**Vanaf pagina 17 beschrijven wij artikelsgewijs de vergoedingen waarop u recht heeft. Bij elk artikel beschrijven wij uit welke verzekering (ziekenfonds of aanvullende verzekering) u vergoeding krijgt.**

**Onder het kopje ‘ziekenfondsverzekering’ hebben wij steeds kort weergegeven wat de vergoeding volgens de Ziekenfondswet inhoudt. Uw aanspraken staan uitgebreid beschreven in de Ziekenfondswet en de bijbehorende regelingen. Onze beschrijving is slechts een korte samenvatting hiervan.**

**Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u heeft afgesloten.**

**Vanaf bladzijde 36 beschrijven wij de Persoonlijke hulpverlening in het buitenland. De hulpverlening geldt voor zowel de verzekeringnemer als de gezinsleden, genoemd in artikel 1 van de Persoonlijke hulpverlening in het buitenland.**

## **Verzekeringsreglement**

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

## Artikel I Begripsbepalingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

### 1.1 Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering(en) op de ziekenfondsverzekering.

### 1.2 Ambulance

Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevalslachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.

### 1.3 Apotheker

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

### 1.4 Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

### 1.5 Audiologisch centrum

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

### 1.6 Bijkomende kosten

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

### 1.7 Dagverpleging

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

### 1.8 Eerstelijns psycholoog

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

### 1.9 Ergotherapeut

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

### 1.10 Fysiotherapeut

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

### 1.11 Geneeskundig adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

### 1.12 Huidtherapeut

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

### 1.13 Huisarts

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

### 1.14 Hulpmiddel

Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in het Achmea reglement Hulpmiddelen.

### 1.15 Initiatiefruimte Ziekenfondswet

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

- 1.16 Kaakchirurg**  
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.17 Kalenderjaar**  
De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.
- 1.18 Klinisch genetisch centrum**  
Een instelling voor klinische genetica, die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.
- 1.19 Laboratoriumonderzoek**  
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat wettelijk is toegelaten.
- 1.20 Logopedist**  
Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.21 Medeverzekerde**  
De echtgeno(o)t(e) of partner en eigen, aangehuwde of pleegkinderen van de verzekerde, zoals omschreven in de Ziekenfondswet.
- 1.22 Medische noodzaak**  
De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.
- 1.23 Medisch specialist**  
Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.24 Oefentherapeut**  
Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.25 Orthodontist**  
Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.26 Premie**  
De nominale premie, procentuele premie en/of de premie voor de aanvullende verzekering.
- 1.27 Podotherapeut**  
Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.28 Revalidatie**  
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.
- 1.29 Tandarts**  
Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- 1.30 Tandprotheticus**  
Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

### **1.31 Terrorismeschade**

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

### **1.32 U/uw**

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het verzekeringsbewijs.

### **1.33 Verloskundige**

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

### **1.34 Verzekerde**

De persoon die bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.

### **1.35 Verzekering**

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

### **1.36 Verzekeringsbewijs**

Het bewijs van inschrijving: een polisblad en een Relatiepas.

### **1.37 Wet BIG**

De Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

### **1.38 Wij/ons**

- a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Groene Land PWZ Zorgverzekeraar U.A. hierbij handelend onder de handelsnaam FBTO.
- b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V. hierbij handelend onder de handelsnaam FBTO.

### **1.39 Zelfstandig behandelcentrum**

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

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

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

### **1.41 Ziekenhuis**

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

### **1.42 Ziekenhuisverpleging**

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

### **1.43 Zorgverlener**

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

#### **1.44 Zorgverzekeraar**

- a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Groene Land PWZ Zorgverzekeraar U.A. hierbij handelend onder de handelsnaam FBTO.
- b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V.

#### **Artikel 2 Algemeen**

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

#### **Artikel 3 Aanmelding en inschrijving**

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

#### **Artikel 4 Verzekeringsbewijs**

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



## Artikel 5 Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

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

## Artikel 6 Verplichtingen van de verzekerde

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

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

## Artikel 7 Schadevergoeding

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

## Artikel 8 No Claim

- 8.1** Iedere verzekerde van 18 jaar of ouder die nominale premie verschuldigd is, heeft recht op teruggave van het zogenoemde no claimbedrag.
- 8.2** De hoogte van de no claim bedraagt maximaal € 255,- per persoon per kalenderjaar.
- 8.3** Alle kosten (met uitzondering van de kosten voor huisarts, kraamzorg en verloskunde) die in de loop van het kalenderjaar vanuit de ziekenfondsverzekering gemaakt worden, worden van het maximale no claimbedrag van € 255,- afgetrokken.
- 8.4** De berekening van de no claim vindt plaats in april volgend op het kalenderjaar waarop de no claim van toepassing is. In deze berekening worden nota's die door ons voor 31 maart van het jaar volgend op het jaar waarop de no claim van toepassing is door ons zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten, meegenomen.
- 8.5** Nota's die na 31 maart volgend op het kalenderjaar waarop de no claim van toepassing is zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten in het voorafgaande kalenderjaar kunnen leiden tot een terugvordering van de uitbetaalde no claim danwel verrekend worden met de no claim van het daaropvolgende jaar.

- 8.6** De no claim is alleen van toepassing op de ziekenfonds-verzekering en niet op de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en).
- 8.7** De no claim geldt voor één kalenderjaar.
- 8.8** Indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat de no claim in per de eerste van de maand waarop deze leeftijd bereikt wordt. De no claim wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 8.9** Wanneer uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt de no claim voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 8.10** Bij beëindiging van uw verzekering in de loop van het kalenderjaar zal de no claim voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.

#### **Artikel 9 Premievaststelling en premieheffing**

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

#### **Artikel 10 Peildata nominale premie**

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

### Artikel 11 Verschuldigheid nominale premie

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

### Artikel 12 Verhoging nominale premie

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

### Artikel 13 Betaling premie

- 13.1 De verzekerde betaalt de premie per (bank)giro. Hij kan de zorgverzekeraar een machtiging tot automatische incasso geven.
- 13.2 Als automatische incasso door schuld van de verzekerde niet mogelijk blijkt, heeft de verzekerde alsnog de plicht om zelf tijdig de premie te betalen.
- 13.3 Als de verzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarin de verzekering is beëindigd.

### Artikel 14 Nalatigheid bij betaling premie

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

## Artikel 15 Zorgaanspraken

- 15.1** De verzekerde heeft aanspraak op verstrekkingen uit de Ziekenfondswet en de AWBZ. De aard, inhoud en omvang van deze verstrekking en de voorwaarden waaronder zij verstrekt worden, staan benoemd in deze wetten. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten vanuit de aanvullende verzekering(en), voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- 15.2** U bent verplicht de nota's zo spoedig mogelijk aan ons toe te sturen, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Indien u dit niet doet, vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 15.3** U bent verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.
- 15.4** De aanvullende verzekering(en) omvat(ten) een pakket van verstrekkingen en vergoedingsregelingen die beschreven zijn in de vergoedingsregeling van de aanvullende verzekering(en).
- 15.5** De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar uitsluitend aanspraak maken op genoten verstrekkingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt.
- 15.6** Bij kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radioactieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie, bestaat geen recht op uitkering en/of verstrekking.
- 15.7** De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Deze clause en het bijbehorend Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
- 15.8** Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen, behandeling van snurken (uvuloplastiek), behandeling voor het operatief plaatsen of vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, behandelingen voor correctie van de buikwand(vetschortoperatie) en het afgeven van doktersverklaringen.
- 15.9** Indien de verzekerde - zo de in dit reglement bedoelde verzekering/ Persoonlijke hulpverlening in het buitenland niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade of kosten op grond van enige andere wet, voorziening, subsidiëring, publiekrechtelijke regeling of verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In zo'n geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
- 15.10** De zorgverzekeraar stelt elk jaar vast hoe de aanvullende verzekering(en) eruit zien voor wat betreft de inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekkingen.

Wijzigingen worden door de zorgverzekeraar schriftelijk bekend gemaakt aan de verzekerde.

- 15.11** Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
- de ziekenfondsverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
  - de tandartsverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
  - de aanvullende verzekeringen (Extra Zorgpakket, Totaal Zorgpakket).

#### **Artikel 16 Geldend maken van zorgaanspraken**

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

#### **Artikel 17 Zorgaanspraken in het buitenland**

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

#### **Artikel 18 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar**

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

#### **Artikel 19 Aansprakelijkheid van derden**

- 19.1** Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde, moet de verzekerde de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Dit geldt naast de bepalingen in artikel 83a, 83b en 83c van de Ziekenfondswet en/of artikel 284 van het Wetboek van Koophandel. Deze bepaling geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit

uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen de verzekerde en een andere (rechts)persoon.

- 19.2** Als de verzekerde wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij de zorgverzekeraar en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 19.3** De verzekerde mag in eerste instantie geen enkele regeling treffen met een derde of iemand die namens die derde optreedt.  
De verzekerde moet allereerst contact opnemen met zijn eigen zorgverzekeraar.
- 19.4** De verzekerde mag geen enkele regeling treffen die de zorgverzekeraar in zijn rechten benadeelt. De verzekerde mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als hij daarvoor de schriftelijke toestemming van zijn zorgverzekeraar heeft.

#### Artikel 20 Verval vorderingsrecht

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

#### Artikel 21 Wijziging reglement

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

#### Artikel 22 Informatie over klacht en beroep

De zorgverzekeraar verschaft de verzekerde bij iedere beschikking informatie over de beroepsmogelijkheden.

Op verzoek verstrekt de zorgverzekeraar tevens informatie over de klachtenprocedure.

#### Artikel 23 Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij PWZ Achmea, afdeling WBP, Postbus 9909, 1006 AP Amsterdam.

## Artikel 24 Fraude

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

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat verzekeraar:

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

Op dit verzekeringsreglement is het Nederlands recht van toepassing.



# Vergoeding ziekenfondswet en aanvullende verzekeringen

## Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

### Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de verpleegkosten, op basis van de derde klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- het honorarium voor medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bijkomende kosten.

*Voorwaarden voor vergoeding*

- Voor een ziekenhuisopname in verband met plastische chirurgie moet u tenminste drie weken van tevoren goedkeuring aanvragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- Voor een aantal behandelingen moet u van te voren contact met ons opnemen. Hiervoor kan een eigen bijdrage van toepassing zijn als u kiest voor niet door ons gecontracteerde zorg:
  - Liesbreuk;
  - Spataderen;
  - Keel/Neusamandelen;
  - Borstverkleining met medische indicatie;
  - Staaroperatie;
  - Herniabehandeling;
  - Heupoperatie (i.v.m. artrose);
  - Knieoperatie(i.v.m. artrose);
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.

## Artikel 2 Ronald Mc Donaldhuis en andere logeerhuizen

### Extra Zorgpakket, Totaal Zorgpakket

Indien een meeverzekerd gezinslid in een ziekenhuis is opgenomen, wordt de eigen bijdrage die u moet betalen bij verblijf in een logeerhuis dat verbonden is aan het ziekenhuis volledig vergoed.

## Artikel 3 Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland)

### Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos, wanneer behandeling in Nederland zonder succes heeft plaatsgehad en wij de behandeling in Davos doelmatig achten.

#### Artikel 4 Revalidatie deeltijdbehandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

##### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten;
- de revalidatie behandeluren (R.B.U.).

*Voorwaarde voor vergoeding*

U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantie-verklaring. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

#### Artikel 5 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

##### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden:

- het honorarium van de door ons gecontracteerde medisch specialist of kaakchirurg;
- de bijkomende kosten.

*Voorwaarde voor vergoeding*

Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

#### Artikel 6 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

##### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van behandeling van een door ons gecontracteerd extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden het honorarium van de medisch specialist.

*Voorwaarde voor vergoeding*

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

#### Artikel 7 Zelfstandig behandelcentrum

##### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Wij vergoeden:

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

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

### **Artikel 8 Organtransplantaties**

#### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden:

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting;
- de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;
- de kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten van de donor mits de behandeling een rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van de transplantatie.

### **Artikel 9 Nierdialyse**

#### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, nierdialysecentrum of bij u thuis. Daarnaast kunnen wij bij thuisdialyse vergoeden:

- de kosten van voor de dialyse noodzakelijke bouwkundige voorzieningen aan uw woning;
- de kosten van inrichting van een ruimte in uw woning tot dialysevertrek;
- de kosten van bijkomende stroomvoorziening.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- U moet een begroting van de kosten overleggen.
- Wij vergoeden de bouwkundige kosten tenzij u krachtens een andere wettelijke regeling een vergoeding kunt krijgen.

### **Artikel 10 In vitro fertilisatie**

#### **Ziekenfondsverzekering, Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden conform de richtlijnen van de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) de kosten van vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, waaronder IVF (in vitro fertilisatie) inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen door een door ons gecontracteerde zorgverlener. De onderstaande voorwaarden zijn van toepassing:

### **Ziekenvondsverzekering, Totaal Zorgpakket**

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- ICSI vergoeden wij slechts tot het IVF-tarief.

### **Ziekenvondsverzekering**

Vanuit de ziekenvondsverzekering wordt alleen de 2e en 3e behandeling per te realiseren zwangerschap vergoed.

### **Totaal Zorgpakket**

Vanuit het Totaal Zorgpakket wordt alleen de 1e behandeling per te realiseren zwangerschap vergoed.

## **Artikel 11 Sterilisatie**

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

#### *Uitsluiting*

De kosten van een hersteloperatie worden door ons niet vergoed.

## **Artikel 12 Leukemie-onderzoek bij kinderen**

### **Ziekenvondsverzekering**

Wij vergoeden de door Skion (Stichting Kinderoncologie Nederland) gedeclareerde kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

## **Artikel 13 Audiologisch centrum**

### **Ziekenvondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

## **Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek**

### **Ziekenvondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek in een klinisch genetisch centrum.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.
- De ernst van de (verwachte) aandoening of afwijking alsmede het ontbreken van andere mogelijkheden om tot een diagnose te komen moeten dit onderzoek noodzakelijk maken.

### **Artikel 15 Behandeling van psoriasis**

#### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een door ons gecontracteerd psoriasisdagbehandelingscentrum.

De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per behandeling voor maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

Er moet voor een niet gecontracteerd centrum vooraf toestemming zijn gegeven door onze medisch adviseur, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

### **Artikel 16 Huisarts**

#### **Ziekenvondsverzekering**

Wij vergoeden:

- de kosten van zorg verleend door een huisarts;
- de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

Wij vergoeden de laboratoriumkosten alleen wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

### **Artikel 17 Farmaceutische zorg**

#### **Ziekenvondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van:

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, er bestaat een limitatieve lijst en voor vergoeding van sommige geneesmiddelen moeten wij u goedkeuring geven;
- dieetpreparaten, indien er sprake is van ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis, een ernstige voedselallergie, ernstig chronisch obstructief longlijden, ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen waardoor sprake is van een dreigende groeiachterstand;
- verbandmiddelen, indien er sprake is van een ernstige aandoening en langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is. Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedinglimiet is vastgesteld.

Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij slechts tot de vergoedingslimiet.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De kosten van apotheekbereidingen vergoeden wij alleen wanneer er sprake is van rationele geneesmiddelentherapie.
- De kosten van dieetpreparaten vergoeden wij alleen wanneer wij vooraf onze goedkeuring hebben verleend.

### **Extra Zorgpakket, Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de Regeling Farmaceutische Hulp.

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van de anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's).

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en moeten geleverd worden door een in Nederland gevestigde gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts en dient alleen voor eigen gebruik.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

## **Artikel 18 Fysiotherapie, manuele therapie en oefentherapie**

### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar:

- de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, tot een maximum van 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- de kosten van behandeling door een kinderfysiotherapeut, tot maximaal 18 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut, tot een maximum van 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- de kosten van nogmaals 9 behandelingen door een gecontracteerde oefentherapeut, als aanvulling op de eerste 9 behandelingen door een fysiotherapeut of gecontracteerde oefentherapeut;
- de kosten van het noodzakelijk aantal behandelingen door een fysiotherapeut of gecontracteerde oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck zoals die door het Ministerie van VWS is vastgesteld.

Voor behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 23,- per behandeling.

*Voorwaarde voor vergoeding*

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden voor verzekerden vanaf 18 jaar de kosten van het noodzakelijk aantal behandelingen door een fysiotherapeut of gecontracteerde oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, er bestaat een limitatieve lijst waarop deze aandoeningen worden genoemd. Wij vergoeden de kosten vanaf de tiende behandeling. Voor behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 23,- per behandeling.

*Voorwaarde voor vergoeding*

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

### **Extra Zorgpakket**

Voor fysiotherapeutische hulp door een fysiotherapeut en oefentherapie door een gecontracteerde oefentherapeut Cesar of Mensendieck worden aan verzekerden van 18 jaar en ouder 9 behandelingen per indicatie vergoed.

Voor behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 23,- per behandeling.

*Voorwaarde voor vergoeding*

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Voor vergoeding van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden:

- de kosten van behandeling door een fysiotherapeut bij niet chronische aandoeningen;
- de kosten van behandeling door een oefentherapeut bij niet chronische aandoeningen;
- de kosten van de eerste 9 behandelingen fysiotherapie of oefentherapie bij chronische aandoeningen overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck zoals die door het Ministerie van VWS is vastgesteld.

Voor behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 23,- per behandeling.

*Voorwaarde voor vergoeding*

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Voor vergoeding van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden maximaal 9 behandelingen manuele therapie door een fysiotherapeut per kalenderjaar.

*Voorwaarde voor vergoeding*

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient de fysiotherapeut geregistreerd te staan in het register van de NVMT of de VMT. Wij vergoeden per behandeling maximaal € 34,50.

## **Artikel 19 Ergotherapie**

### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een door ons gecontracteerde ergotherapeut.

Wij vergoeden maximaal 10 uur per kalenderjaar.

*Voorwaarde voor vergoeding*

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

## **Artikel 20 Logopedie**

### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde logopedist.

*Voorwaarde voor vergoeding*

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.

*Uitsluiting*

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard), en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van anderstaligheid.



## Artikel 21 Stottertherapie

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie: volgens de methode van het Del Ferro Instituut tot een maximum van € 750,-.

Dit maximum blijft van kracht ook indien de verzekering onderbroken is geweest.

## Artikel 22 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden per verzekerde maximaal € 500,- per kalenderjaar voor kosten van hulp door een zorgverlener die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast. Per bezoek wordt maximaal een bedrag van € 30,- vergoed.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

De zorgverlener dient arts te zijn. Voor homeopathie, acupunctuur, antroposofie, chiropractie, natuurgeneeswijzen en osteopathie volstaat dat de zorgverlener voldoet aan de kwaliteitseisen van een relevante Nederlandse beroepsvereniging. Een lijst met beroepsverenigingen kunt u downloaden op [www.FBTO.nl](http://www.FBTO.nl) of wordt op aanvraag toegezonden. Indien de alternatief genezer tevens de huisarts is worden de kosten niet vergoed.

## Artikel 23 Alternatieve geneesmiddelen

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar indien u met meerdere personen op de polis verzekerd bent. Staat u alleen op de polis, dan is de maximale vergoeding € 125,-.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

De medicijnen moeten door een arts zijn voorgeschreven, geregistreerd staan in de taxen van de KNMP en zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

## Artikel 24 Hulpmiddelen

### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van:

- aanschaf van hulpmiddelen; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
- hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen; overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen. Het Achmea reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Voor een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een door ons gecontracteerd leverancier. In de bijlage van het Achmea reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt.
- Voor een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Voor alle hulpmiddelen dient u zich te wenden tot een door ons gecontracteerd leverancier. Informatie over het hulpmiddel en een overzicht van de door ons gecontracteerde leveranciers in uw omgeving kunt u bij ons opvragen.
- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximering of een gebruiksnorm.
- Wanneer u zelf een nota indient van een hulpmiddel aangeschaft bij een niet door ons gecontracteerde leverancier, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een gecontracteerde leverancier. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen.

### **Artikel 25 Verloskundige zorg en bevalling**

#### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden:

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

### **Artikel 26 Kraamzorg**

#### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van kraamzorg:

- thuis, er geldt een eigen bijdrage per uur;
- in het ziekenhuis, er geldt een eigen bijdrage als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis verblijft.

U krijgt maximaal de eerste 10 dagen na de bevalling kraamzorg.

#### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden een gedeelte van het bedrag dat u na de vergoeding uit de ziekenfondsverzekering zelf moet betalen aan eigen bijdrage voor moeder en/of bij ons verzekerd kind. Bij kraamzorg thuis vergoeden wij € 1,- per uur. Bij kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting vergoeden we € 8,- per dag. Indien u vanuit de Ziekenfondswet geen aanspraak meer heeft op kraamzorg, vanwege het feit dat u na de dag van de bevalling langer dan 10 dagen in het ziekenhuis heeft moeten verblijven, vergoeden wij de kosten van 10 uur kraamzorg thuis (uitgestelde kraamzorg).

### **Totaal Zorgpakket**

Indien de aanstaande moeder bij ons verzekerd is, kunt u een gratis medisch kraampakket aanvragen. De aanvraag, die telefonisch kan worden gedaan, dient voor de zesde maand van de zwangerschap bij ons binnen te zijn.

### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

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

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule. U dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig en gedurende meerdere keren per week zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer. De Zorgverzekeraar bepaalt of u hiervoor in aanmerking komt. De vergoeding voor het eigen vervoer bedraagt € 0,22 per kilometer. Er geldt voor alle vormen van zittend ziekenvervoer een eigen bijdrage van € 82,- per persoon per kalenderjaar.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziekenfondsverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden. In het buitenland geldt een maximum afstand van 200 km vanaf de woonplaats van de verzekerde.
- De Vervoerslijn indiceert of en via welke vorm van vervoer de kosten vergoed kunnen worden. Informatie over ziekenvervoer vindt u in onze brochure ziekenvervoer die wij u op aanvraag toesturen.
- Wanneer u een nota indient van een vervoerder die niet door ons is gecontracteerd, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een gecontracteerde vervoerder. U moet er dus rekening mee houden dat een deel van de nota niet wordt vergoed.

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer indien en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. Wij vergoeden de kosten van door ons gecontracteerd taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;

- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

De kosten van vervoer per door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij volledig. De vergoeding voor het eigen vervoer per auto bedraagt € 0,19 per kilometer.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziekenfondsverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.
- De Vervoerslijn indiceert of en via welke vorm van vervoer de kosten vergoed kunnen worden. Informatie over ziekenvervoer vindt u in onze brochure die wij u op aanvraag toesturen.
- Wanneer u een nota indient van een vervoerder die niet door ons is gecontracteerd, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een gecontracteerde vervoerder. U moet er dus rekening mee houden dat een deel van de nota niet wordt vergoed.

## Artikel 29 Buitenland

### **Ziekenfondsverzekering**

#### **29.1 Medische zorg bij verblijf in het buitenland i.v.m. vakantie of studie**

Wij vergoeden de kosten van spoedeisende medische zorg bij verblijf in het buitenland vanwege vakantie of studie, volgens de daarvoor geldende internationale verdragen. Dit betekent dat wij slechts kosten vergoeden volgens de wettelijke bepaling van het land waar u tijdelijk verblijft. De vergoeding geldt niet wereldwijd. U kunt er alleen aanspraak op maken in de volgende landen: Australië, België, Bosnië-Herzegovina, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Groot-Brittannië, Hongarije, Ierland, IJsland, Italië, Joegoslavië, Kaapverdië, Kroatië, Letland, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Macedonië, Malta, Marokko, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal, Polen, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechie, Tunesië, Turkije, Zweden.

#### **29.2 Medische zorg bij verblijf in het buitenland i.v.m. beroepswerkzaamheden**

Wij vergoeden de kosten van spoedeisende medische zorg bij verblijf in het buitenland vanwege beroepswerkzaamheden.

Deze vergoeding kan gedeeltelijk zijn, afhankelijk van het land van verblijf. Deze vergoeding is, bij verblijf in een van de landen die worden genoemd in artikel 29.1, volgens de daarvoor geldende internationale verdragen. Dit betekent dat wij in die landen slechts kosten vergoeden volgens de wettelijke bepaling van het land waar u verblijft. De vergoeding geldt tevens voor de medeverzekerden die u in het buitenland vergezellen.

#### **29.3 Niet spoedeisende zorg**

Wij vergoeden de kosten van niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling indien deze zorg door ons gecontracteerd is. Indien u zich laat

behandelen voor niet door ons gecontracteerde, niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling, vergoeden wij de kosten tot maximaal 100% van de kosten die wij zouden vergoeden als u de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan.

*Voorwaarden voor vergoeding*

- Wij moeten u schriftelijk toestemming hebben verleend.
- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- De voorwaarden zoals die voor vergoeding in Nederland gelden (zoals bijvoorbeeld de noodzaak van vooraf door ons verleende toestemming), blijven van kracht.

Wij kunnen u dan informeren welke zorg door ons gecontracteerd is.

### **Extra Zorgpakket, Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van acute medische hulp bij verblijf in het buitenland gedurende maximaal 6 maanden aaneengesloten. Onder deze dekking vallen de verpleegkosten in verband met een opname in een plaatselijk erkend ziekenhuis en hulp door de specialist, alsmede de kosten van behandeling door een huisarts en de door hem voorgeschreven medicijnen, alsmede de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer. Wij vergoeden volledig de buitenlandse tarieven.

*Voorwaarde voor vergoeding*

In het buitenland voorgeschreven en afgeleverde medicijnen worden uitsluitend vergoed als het bijbehorende recept kan worden overlegd.

## **Artikel 30 Kuurreizen**

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van een reis via Interkuur tot een maximum van € 1.000,-. Deze regeling geldt voor verzekerden die reuma hebben of de ziekte van Bechterew. U heeft maximaal eenmaal per twee kalenderjaren recht op deze vergoeding. De medisch adviseur moet voor deze behandeling vooraf toestemming hebben verleend.

## **Artikel 31 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen**

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden voor personen tot 18 jaar maximaal € 300,- per kalenderjaar.

*Voorwaarde voor vergoeding*

Wij dienen vooraf toestemming te hebben verleend.

## **Artikel 32 Kortdurende psychologische zorg**

### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden aan u de kosten van maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar door een gekwalificeerde eerstelijns psycholoog, die ingeschreven staat bij het ROEP en/of als

zodanig staat geregistreerd bij het NIP. Wij vergoeden maximaal € 57,- per consult. Per dag komt één consult voor vergoeding in aanmerking.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

Onder een behandeling verstaan wij kortdurende psychologische hulp, een face to face contact van 45 minuten. (Ortho)pedagogie, testen en onderzoeken vallen niet onder de dekking.

### **Artikel 33 Kortdurende kinder- en jeugdpsychologische hulp**

#### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van 9 behandelingen per kalenderjaar voor kortdurende psychologische zorg door een kinder- en jeugdpsycholoog, geregistreerd bij het NIP. Per afspraak (bezoekdatum) vergoeden wij een bedrag van € 57,-.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Er moet sprake zijn van emotionele en/of gedragsproblemen in de thuissituatie en in de omgang met leeftijdsgenoten of van interactieproblemen in het gezin. De psychologische zorg betreft gerichte interventies bij het kind en het gezin, alsmede de daarvoor noodzakelijke diagnostiek. De psycholoog draagt zorg voor een gespecificeerde rekening, waarin datum en aard van de contacten worden gespecificeerd.
- De kosten die niet worden vergoed, zijn de kosten van psychologische zorg wanneer de problemen van het kind vooral optreden binnen de schoolse context. Ook de diagnostiek van onderwijsbelemmeringen, zoals bijvoorbeeld dyslexie, valt niet onder de verrichtingen die door ons worden vergoed. Behandelingen bij een (ortho) pedagoog komen niet voor vergoeding in aanmerking.

### **Artikel 34 Podotherapie**

#### **Totaal Zorgpakket**

Voor een behandeling door een podotherapeut vergoeden wij € 25,- per bezoekdatum. Daarnaast vergoeden wij de kosten van podotherapeutische zolen. Voor de behandelingen en de kosten van de podotherapeutische zolen geldt een gezamenlijk maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.

De zorgverlener dient te voldoen aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten.

### **Artikel 35 Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie**

#### **Ziekenfondsverzekering**

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

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

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.
- De behandeling moet worden uitgevoerd in een door ons gecontracteerde instelling.
- Er is sprake van een medische indicatie.

#### *Uitsluiting*

Wij vergoeden geen kosten van borstvergroting anders dan na borstamputatie, correctie van de buikwand, bovenoogleden en oorstand.

### **Artikel 36 Camouflagetherapie**

#### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van camouflage therapie, inclusief de cosmetische producten, tot maximaal € 100,- gedurende de looptijd van de verzekering.

De therapie moet worden gegeven door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

### **Artikel 37 Orthodontie**

#### **Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar per verzekerde 100% van de kosten tot maximaal € 1.500,- voor gebitsregulatie door een door ons gecontracteerde tandarts of orthodontist.

Dit maximum blijft van kracht, ook indien de verzekering onderbroken is geweest.

#### *Uitsluiting*

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

### **Artikel 38 Tandheelkundige implantaten**

#### **Ziekenfondsverzekering**

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

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door de behandelend kaakchirurg of een door ons gecontracteerde tandarts.
- Er moet sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een passende prothese te maken is. Wij beoordelen of hiervan sprake is.

### **Artikel 39 Tandheelkundige zorg - algemeen**

#### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde tandarts.

### *Uitsluiting*

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

### **Tandartsverzekering**

Wij vergoeden de kosten voor tandheelkundige hulp conform het UPT-tarief tot een maximum van € 400,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van een erkende tandprotheticus vallen ook onder deze vergoedingsregeling, echter aanvullend op het Achmea reglement Hulpmiddelen. Verder vallen de kosten van parodontologie en mondhygiëne onder deze vergoedingsregeling. De genoemde vergoedingslimiet van € 400,- is van toepassing op alle bovenvermelde kosten.

### *Voorwaarde voor vergoeding*

Kronen, bruggen en inlay's, een enkele implantaat en parodontologische behandelingen komen voor vergoeding in aanmerking nadat een wachttijd van een half jaar is verstreken, gerekend vanaf de ingangsdatum van deze verzekering.

### *Uitsluiting*

Wij verlenen geen vergoeding voor de kosten van:

- de volgende C-codes (C70, C75 en C90);
- het bleken van tanden en kiezen (codes E00, E90, E95, E97 en E98);
- orthodontie (D-codes).

## **Artikel 40 Tandheelkundige zorg - prothesen**

### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van:

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

### *Voorwaarden voor vergoeding*

- De prothese moet geleverd en gedeclareerd worden door een door ons gecontracteerde tandarts. De prothese als bedoeld onder de eerste twee gedachtenstreepjes mag ook geleverd en gedeclareerd worden door een door ons gecontracteerde tandprotheticus.
- Reparaties aan de prothese mogen worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde tandarts, gecontracteerde tandprotheticus.

## **Artikel 41 Tandheelkundige zorg - mesostructuur op implantaten**

### **Ziekenfondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van de mesostructuur op implantaten.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de door ons gecontracteerde tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.



#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- De mesostructuur moet vervaardigd en geplaatst worden door een door ons gecontracteerde tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Indien de mesostructuur wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT-codes (Uniforme Particuliere Tarieven) het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

### **Artikel 42 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap**

#### **Ziekenvondsverzekering**

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap andere dan normaal gebruikelijke tandheelkundige hulp noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde tandarts. Er geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Wij vergoeden de kosten uitsluitend voor lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.  
De zorgverlener kan hiervoor een aanvraag bij ons indienen.

### **Artikel 43 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen**

#### **Ziekenvondsverzekering**

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

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.  
De zorgverlener kan hiervoor een aanvraag bij ons indienen.

### **Artikel 44 Orthodontie in bijzondere gevallen**

#### **Ziekenvondsverzekering**

Wij vergoeden de kosten van een orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of een door ons gecontracteerde tandarts bij een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking.

*Voorwaarden voor vergoeding*

- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines vereisen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.  
De zorgverlener kan hiervoor een aanvraag bij ons indienen.

**Artikel 45 Second opinion**

**Extra Zorgpakket, Totaal Zorgpakket**

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

**Artikel 46 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood**

**Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden het gebruik van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendood.  
Wij vergoeden de kosten van huur of het in bruikleen hebben van een monitor voor een periode van maximaal 18 maanden.

*Voorwaarde voor vergoeding*

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

**Artikel 47 Preventieve geneeskunde**

**Extra Zorgpakket, Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden de kosten van:

- onderzoek van hart en bloedvaten door de huisarts;
- preventief prostaatonderzoek voor mannen van 45 jaar of ouder door huisarts of specialist;
- baarmoederhals- (uitsrijkje) en borstkankeronderzoek;
- inenting tegen hondsdolheid.

**Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden maximaal één maal per kalenderjaar de kosten van de volgende vaccinaties en geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte in het kader van een vakantiereis naar het buitenland:

- Malaria profylaxe;
- DTP;
- Geelzucht;
- Tyfus;
- Cholera;
- Gammaglobuline.

Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de vaccinaties zijn toegediend door een huisarts of GGD.

## Artikel 48 Sportmedisch onderzoek

### **Extra Zorgpakket, Totaal Zorgpakket**

Wij vergoeden maximaal twee consulten per kalenderjaar bij een sportarts in een sportmedisch adviescentrum. Onder consult wordt o.a. niet verstaan het uitvoeren van behandelingen en (sport)medische onderzoeken en/of keuringen.

## Artikel 49 Dieetadvisering

### **Ziekenfondsverzekering**

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

*Voorwaarden voor vergoeding*

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde diëtist of zorginstelling.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of tandarts.

## Persoonlijke hulpverlening in het buitenland

### Artikel 1 Verzekerden

Verzekeringnemer zijn of haar: echtgeno(o)t(e), of degene met wie hij/zij in gezinsverband samenwoont; inwonende of voor studie uitwonende kinderen tot 27 jaar.

### Artikel 2 Algemeen

- 2.1 Persoonlijke hulpverlening geldt voor een verblijfstermijn in het buitenland van maximaal 60 dagen per reis.
- 2.2 Recht op hulpverlening bestaat alleen als u vooraf contact heeft opgenomen met de Alarmcentrale, telefoonnummer +31 71 364 62 00 en u rechten kunt ontlenen aan deze verzekering.  
Wij vergoeden uitsluitend de kosten van hulpverlening als de Alarmcentrale de hulpverlening zelf heeft uitgevoerd of heeft laten uitvoeren.
- 2.3 Indien u, wanneer de met ons gesloten verzekering niet bestond, aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade of kosten op grond van enige (andere):
  - wet of wettelijke regeling;
  - publiekrechtelijke regeling;
  - verzekering, al dan niet van oudere datum;
  - subsidieregeling;
  - overeenkomst;
  - voorziening;is de persoonlijke hulpverlening in het buitenland eerst in de laatste plaats geldig.

### Artikel 3 Hulpverlening

- 3.1 **Ziekenhuisopname en medische begeleiding.**  
In het geval dat u opgenomen wordt in een ziekenhuis zal de Alarmcentrale contact met ons opnemen om directe betaling van de kosten te garanderen. In noodgevallen zal de Alarmcentrale de kosten in verband met de ziekenhuisopname voorschieten indien voldoende financiële garanties hiervoor zijn verkregen. Na de melding kan de Alarmcentrale onderzoek verrichten naar de medische kosten en de noodzaak daarvan.
- 3.2 **De Alarmcentrale neemt voor haar rekening de kosten van:**
  - a repatriëring naar een beter of meer gespecialiseerd ziekenhuis, indien de behandelende artsen dit voorstellen;
  - b medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland in verband met ziekte of verwonding. Uitsluitend medische redenen worden in aanmerking genomen bij de keuze van het vervoermiddel. In elk geval is de goedkeuring van het medisch team van de Alarmcentrale noodzakelijk bij elke vorm van transport;
  - c kosten van medische repatriëring van permanent in het buitenland woonachtige verzekerden tot maximaal de kosten van repatriëring naar Nederland;

- d voorgeschreven medische begeleiding tijdens het vervoer door een arts of een verpleegkundige.

### **3.3 Uitval door ziekte of ongeval**

In geval van ziekte of ongeval worden de volgende kosten vergoed:

- 1 als u alleen reizend in een buitenlands ziekenhuis opgenomen wordt, vergoeden wij de reiskosten voor de overkomst van ten hoogste 2 personen vanuit Nederland en terug, inclusief de verblijfskosten. Dit geldt alleen als de opname minimaal 5 dagen duurt en indien er geen familieleden ter plaatse zijn om u in het ziekenhuis te bezoeken;
- 2 de reiskosten voor overkomst en terugkeer inclusief de verblijfskosten van ten hoogste één persoon in verband met de begeleiding terug naar Nederland van meeverzekerde kinderen (tot 16 jaar) en lichamelijk of geestelijk gehandicapten als de begeleiders hiertoe niet in staat zijn.  
De onder 1 en 2 genoemde verblijfskosten vergoeden wij tot maximaal € 69,- per verzekerde per dag voor maximaal 3 dagen.

### **3.4 Overlijden**

Komt u te overlijden door ongeval of ziekte, dan verzorgt de Alarmcentrale in overleg met de andere verzekerde(n) c.q. nabestaanden:

- 1a alle formaliteiten ter plaatse;
- 1b het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland, maar ook het betalen van de kosten met betrekking tot dit transport; of
- 2 de betaling van:
  - a de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse;
  - b de reiskosten vanuit Nederland en terug van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad en de noodzakelijke verblijfskosten van deze familie gedurende ten hoogste 3 dagen. Dit als de begrafenis of crematie ter plaatse geschiedt.  
De onder lid 2 genoemde kosten betalen wij tot maximaal het bedrag dat zou zijn vergoed in geval van transport van het stoffelijk overschot naar Nederland.

### **3.5 Terugkeer wegens onvoorzien overlijden of levensgevaar van familieleden in de eerste of tweede graad.**

De verzekering dekt:

- 1 De extra reis- en verblijfskosten van u naar de terugroepplaats tot maximaal de reis en verblijfskosten om de woonplaats in Nederland te bereiken; of
- 2 voor ten hoogste twee van de betrokken verzekerden: als onder 3.5.1 beschreven en weer terug naar de oorspronkelijke vakantiebestemming als deze gemaakt worden binnen 21 dagen na terugkeer in Nederland.

### **3.6 Terugkeer wegens schade aan eigendommen**

In geval van een belangrijke zaakschade aan eigendommen van u door brand, inbraak, explosie, blikseminslag, storm of overstroming vergoeden wij de onder lid 1 of 2 (van dit artikel) genoemde hulp:

- 1 uw extra reis- en verblijfskosten voor de terugreis naar de woonplaats in Nederland;

- 2 voor ten hoogste 2 van de betrokken verzekerden: als onder 3.6.1 beschreven en weer terug naar de oorspronkelijke vakantie-bestemming als deze terugreis gemaakt wordt binnen 21 dagen na terugkeer in Nederland.

### **3.7 Doorgeven dringende boodschappen**

De Alarmcentrale zal dringende boodschappen doorgeven die betrekking hebben op de in deze voorwaarden omschreven hulpverlening.

### **3.8 Telecommunicatiekosten**

Verzekerd zijn de gemaakte telecommunicatiekosten zoals: telefoon-, telegram- en telefaxkosten om contact op te nemen met de Alarmcentrale. Deze kosten worden vergoed voor zover op grond van deze voorwaarden recht op hulpverlening bestaat. De telefoonkosten vergoeden wij tot maximaal € 114,-.

### **3.9 Overmaken van benodigd geld**

De Alarmcentrale neemt voor haar rekening de bemiddelingskosten (inclusief de kosten van overmaken) van het in noodgevallen benodigde geld. Voorschotten worden alleen verstrekt indien deze gedekt zijn door een naar oordeel van de Alarmcentrale afdoende garantie.

### **3.10 Toezenden medicijnen**

- 1 De verzekering dekt de kosten van organisatie en toezending van ter plaatse niet verkrijgbare (door een arts voorgeschreven) medicijnen, prothesen of medische hulpmiddelen. De toezending hiervan vindt alleen plaats:
  - indien ze dringend nodig zijn en ter plaatse geen redelijke alternatieven voor handen zijn;
  - voor zover dit op grond van geldende douanebepalingen is toegestaan.
- 2 De aankoopkosten van deze medicijnen, prothesen en/of medische hulpmiddelen worden niet vergoed.

### **3.11 Verlies van documenten**

Bij problemen met betrekking tot verlies van reisdocumenten verleent de Alarmcentrale assistentie. Als u hierdoor contact op moet nemen met ambassades, consulaten en andere officiële instanties staat de Alarmcentrale u met raad en daad bij.

### **3.12 Oponthoud door natuurgeweld of staking**

De verzekering dekt de extra kosten van langer verblijf ontstaan tijdens de terugreis veroorzaakt door:

- lawines, bergstorting, natuurgeweld of abnormale sneeuwval;
- stakings-, stiptheids-, protest- of solidariteitsacties; van zodanige omvang en aard, dat normale doorstroming van het verkeer belemmerd wordt.

De bovengenoemde verblijfskosten worden vergoed tot een maximum van € 69,- per persoon per dag en maximaal twee dagen.

### **3.13 Opsporing, redding of berging**

De verzekering dekt de kosten van opsporing, redding, berging en vervoer van de verzekerden op de polis terug naar de bewoonde wereld. De kosten worden alleen vergoed als dit door of onder leiding van een officiële hulpverlenende instantie is uitgevoerd. De kosten worden vergoed tot een maximum van € 22.690,- per gebeurtenis.



postbus 9909, 1006 AP Amsterdam  
[www.fbto.nl](http://www.fbto.nl)

FBTO is onderdeel van ACHMEA

