



Zilveren Kruis | achmea

Wereldpolis

Voorwaarden en Vergoedingen



Ingangsdatum 1 januari 2006

Alfabetisch overzicht vergoedingen

Vergoeding	Artikel Wereldpolis	Blz
Achmea Alarmcentrale	20	8
Adoptie-uitkering	16	8
Alternatieve geneeswijzen en therapieën	9	7
Audiologisch centrum	6	7
Bevalling	14	7
Buitenland	18, 19, 20	8
Cosmetische chirurgie	22	8
Dagbehandeling	1	6
Erfelijkheidsonderzoek	7	7
Fysiotherapie	11	7
Geneesmiddelen	2, 8, 24	6, 7, 8
Huisarts	8	7
Hulpmiddelen	13	7
In Vitro Fertilisatie	5	7
Kraamzorg	15	7
Logopedie	12	7
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	6
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	2	6
Nierdialyse	4	7
Oefentherapie	11	7
Orgaantransplantaties	3	6
Orthodontie	23	8
Orthodontie, bijzondere gevallen	26	9
Preventieve onderzoeken en vaccinaties	27	9
Psychologische zorg	21	8
Psychotherapie	2	6
Revalidatie	10	7
Tandheelkundige zorg - algemeen	24	8
Beter Af Tandarts Polis		10
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	25	8
Thuisverpleging in plaats van ziekenhuisverpleging	28	9
Verloskundige zorg	14	7
Vervoer van zieken	17	8
Ziekenhuisopname	1	6
Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket		10

Wij beschrijven in deze polisvoorwaarden allereerst de algemene voorwaarden.

Vanaf pagina 6 beschrijven wij artikelsgewijs de vergoedingen waarop u recht heeft. In het overzicht op de linkerpagina staat schematisch weergegeven in welk artikel en op welke bladzijde u kunt nalezen wat uw rechten zijn.

Algemene voorwaarden

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van enkele in de voorwaarden gebruikte begrippen.

1.1 Aanvullende (tandheelkundige) verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de basis ziektekostenverzekering.

1.2 Ambulance

Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevals slachtoffers.

1.3 Apotheek

Een in het land van vestiging erkende inrichting voor aflevering van geneesmiddelen.

1.4 Arts

Degene die op grond van de wet, die in het land van vestiging geldt, bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst.

1.5 Bijkomende kosten

Medische kosten die rechtstreeks verband houden met een medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling en die zijn ontstaan tijdens zo'n behandeling in een ziekenhuis, zoals kosten van röntgenfoto's, bloedtransfusies, laboratoriumkosten, geneesmiddelen, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik van de operatiekamer. De bijkomende kosten moeten in rekening worden gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

1.6 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.

1.7 Fraude

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

1.8 Fysiotherapeut

Een in het land van vestiging erkende fysiotherapeut.

1.9 Geneeskundig adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

1.10 Geneesmiddelen

Door een apotheek of apotheekhoudend arts geleverde geneesmiddelen, op voorschrift van de behandelend huisarts of specialist.

1.11 Gezin

Twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar.

1.12 Huisarts

Een in het land van vestiging erkende huisarts.

1.13 Hulpmiddel

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

1.14 Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

1.15 Land van vestiging

Het land waar men een zelfstandige woning heeft of het land waar men het grootste gedeelte van het jaar verblijft.

1.16 Logopedist

Een in het land van vestiging erkende logopedist.

1.17 Medische noodzaak

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

1.18 Medisch specialist

Een in het land van vestiging als zodanig erkende arts, niet zijnde een tandarts, die zich heeft toegelegd op specialistische behandeling volgens algemeen erkende medisch wetenschappelijke overwegingen.

1.19 Oefentherapeut

Een in het land van vestiging erkende oefentherapeut.

1.20 Orthodontist

Een in het land van vestiging erkende tandarts of specialist voor kaakorthopedie.

1.21 Premie

Het geldbedrag dat u betaalt voor uw verzekering bestaat uit:

Netto premie (ziektelkostenverzekering)

Dit is het gedeelte van de premie dat u betaalt voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.

Bijzondere bijdragen

Indien u buiten Nederland woonachtig bent, betaalt u in sommige gevallen extra bijdragen. De hoogte van deze bijdragen wordt bepaald door voor u geldende wettelijke regelingen of bepalingen.

1.22 Psycholoog

Een in het land van vestiging erkende psycholoog.

1.23 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.

1.24 Tandarts

Een in het land van vestiging erkende tandarts.

1.25 Terrorismeschade

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

1.26 U/uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering heeft afgesloten.

1.27 Verloskundige

Een in het land van vestiging erkende verloskundige.

1.28 Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

1.29 Ziekenhuis

Een in het land van vestiging erkende inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken.

1.30 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.

1.31 Ziektekostenverzekering

De door u bij ons gesloten privaatrechtelijke verzekering tegen ziektekosten, waarvoor wij het risico dragen.

Artikel 2 Aanmelding

In dit artikel vindt u informatie over de regels die voor u gelden bij inschrijving in de verzekering.

2.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te ondertekenen.

2.2 Wanneer u (verzekeringnemer) tijdens de aanvraagprocedure zaken verzwijgt of onze vragen onjuist of onvolledig beantwoordt, kunnen wij ons op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst beroepen.

2.3 Het aanvraagformulier en de tijdens een eventuele medische keuring verstrekte gegevens maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst.

- 2.4** 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 Zilveren Kruis Achmea, Postbus 30000, 2200 GA Noordwijk.
- 2.5** U (verzekeringnemer) hoeft geen aanvraagformulier in te vullen voor kinderen die tijdens de looptijd van de verzekering geboren of wettig geadopteerd zijn. Voorwaarde is dat u uw kind(eren) binnen twee maanden na de datum van geboorte of adoptie bij ons aanmeldt. De inschrijving in de verzekering vindt dan plaats per de datum van de geboorte of adoptie. Bij adoptie van een buitenlands kind vindt inschrijving plaats per de datum van adoptie in het buitenland. Benodigde documenten bij adoptie:
- Adoptie van een Nederlands kind: officieel bewijs van opnemings in het gezin of overdracht van het kind;
 - Adoptie in het buitenland: bewijs van overdracht door buitenlandse rechtbank, zo nodig met vertaling van beëdigd vertaler.
- 2.6** U (verzekeringnemer) bent verplicht alle gezinsleden voor de verzekering aan te melden. Na de totstandkoming moet de verzekering blijven gelden voor alle gezinsleden. Het voorgaande geldt niet voor gezinsleden die volgens de Zorgverzekeringswet verzekerd zijn.

Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering

In dit artikel vindt u informatie over:

- de ingangsdatum en de duur van uw verzekering;
- het einde van uw verzekering.

3.1 Ingangsdatum en duur van uw verzekering

- 3.1.1** Uw verzekering gaat in op de datum, die op uw polisblad als ingangsdatum staat vermeld.
- 3.1.2** Uw verzekering is één kalenderjaar geldig. Wanneer uw verzekering na 1 januari ingaat, geldt uw verzekering tot en met 31 december van het daarop volgend jaar.
- 3.1.3** Uw verzekering wordt automatisch telkens met één kalenderjaar verlengd.
- 3.1.4** U kunt een reeds bij ons lopende verzekering uitbreiden met aanvullende verzekeringen. Uitbreiding vindt alleen plaats nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan en alleen na een medische beoordeling.

3.2 Einde van uw verzekering

- 3.2.1** U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen:
- door voor 1 december schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
 - door ons binnen 30 dagen nadat een wijziging door ons bekend is gemaakt schriftelijk mede te delen dat u weigert akkoord te gaan met een verhoging van de premie en/of een beperking van de voorwaarden op grond van artikel 10. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- 3.2.2** Wij mogen uw verzekering beëindigen:
- wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de premie binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet is betaald;
 - bij aangetoonde fraude; wij kunnen hiervan tevens registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
 - bij overlijden.
- Wanneer wij uw verzekering beëindigen, delen wij u dit schriftelijk mede.

Artikel 4 Verplichtingen van de verzekerde

In dit artikel vindt u informatie over de verplichtingen die u heeft wanneer u bij ons een verzekering heeft afgesloten.

- 4.1** U bent verplicht al het mogelijke te doen om ons of onze geneeskundig adviseur de gewenste inlichtingen te verschaffen. U bent verplicht medische gegevens aan te leveren in de Nederlandse of Engelse taal.
- 4.2** Wanneer sprake is van gemaakte kosten door toedoen van een aansprakelijke derde, bent u verplicht ons zo goed mogelijk te helpen bij het krijgen van een schadevergoeding van deze aansprakelijke derde. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u geen regeling (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
- 4.3** Wanneer onze belangen worden geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt, verliest u uw recht op vergoeding van kosten.
- 4.4** U bent verplicht wijzigingen die van belang zijn voor de rechten en de plichten uit de verzekering binnen twee maanden schriftelijk aan ons te melden. Zulke wijzigingen zijn onder andere:
- verhuizing;
 - geboorte;
 - komst van een stief-, pleeg- of adoptiekind in uw gezin;
 - overlijden;
 - echtscheiding/beëindiging samenlevingsverband;
 - wijziging van (post)banknummer;
 - het verkrijgen van rechten volgens de Zorgverzekeringswet.
- Wanneer u deze wijzigingen niet binnen twee maanden aan ons meldt, gaan de wijzigingen pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum.
- Wij mogen er van uitgaan dat mededelingen u hebben bereikt wanneer ze naar uw laatst bekende adres zijn verzonden.

Artikel 5 Vergoedingen

In dit artikel vindt u informatie over:

- de uitbetaling van de vergoedingen;
- de voorwaarden voor vergoeding.

5.1 Uitbetaling van de vergoedingen

- 5.1.1** Wij vergoeden de kosten aan u, tenzij wij met de zorgverlener een overeenkomst hebben gesloten.
- 5.1.2** Zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten declareren de aan u verleende zorg rechtstreeks bij ons. Dit betekent dat u geen nota meer ontvangt van uw zorgverlener.
- 5.1.3** Wij betalen de rekeningen zo snel mogelijk, in ieder geval binnen twee maanden nadat wij de rekeningen hebben ontvangen. Uitbetaling geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel. Wij vergoeden de door u gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners aan u in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers zoals die in de maand waarin de nota is uitgeschreven geldig is. Wij vergoeden geen schade ontstaan door koersverschillen. Wij vergoeden eveneens geen kosten die ontstaan bij het overmaken op een buitenlands bankrekeningnummer.
- 5.1.4** Om het rechtstreeks declareren door Nederlandse zorgverleners bij ons mogelijk te maken, verstrekken wij uw zorgverlener bepaalde gegevens. Het gaat hierbij om N.A.W. (naam, adres, woonplaats)-gegevens, geboortedatum en een omschrijving van de soort verzekering, waaronder de dekking. De zorgverlener gebruikt de aan hem verstrekte gegevens voor geen ander doel dan het kunnen vaststellen bij welke zorgverzekeraar de desbetreffende nota('s) kunnen worden ingediend.
- 5.2 Voorwaarden voor vergoeding**
- 5.2.1** Wij vergoeden uitsluitend kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.
- 5.2.2** 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.
- 5.2.3** De datum waarop de zorg is verleend, is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.

- 5.2.4 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.
- 5.2.5 Nota's die wij (gedeeltelijk) vergoeden of verrekenen met het eigen risico blijven in ons bezit.
- 5.2.6 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.
- 5.2.7 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, tenzij anders bepaald.

5.3 Samenloop

Indien u - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere 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 u elders aanspraak zou kunnen maken.

Artikel 6 Uitsluitingen

In dit artikel vindt u informatie over de kosten die wij niet vergoeden.

- 6.1 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met een ziekte of afwijking die u al had, en waarmee u al bekend was of waarvan u al klachten ondervond voordat u bij ons een verzekering afsloot, terwijl u die niet op het aanvraagformulier heeft vermeld. Dit geldt ook bij verhoging van de verzekerde klasse.
- 6.2 Wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio-actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij.
- 6.3 Wij vergoeden geen kosten van eigen bijdragen krachtens de AWBZ, tenzij in de verzekering uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- 6.4 Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van doktersverklaringen.
- 6.5 Wij vergoeden geen kosten van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort.
- 6.6 Wij vergoeden geen kosten van tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak.

Artikel 7 Terrorisme

De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts tot de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V.. Deze clausule en het bijbehorend Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Artikel 8 Eigen risico

In dit artikel vindt u informatie over de regels met betrekking tot het eigen risico.

- 8.1 Het eigen risico is overeengekomen in Nederlands wettig betaalmiddel.
- 8.2 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een eigen risico. De Wereldpolis kan worden afgesloten zonder eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Het per verzekerde gekozen eigen risico wordt vermeld op het polisblad.
- 8.3 Wij vergoeden uitsluitend de ziektekosten die boven het bedrag van het eigen risico uit komen. Het eigen risico is ook van toepassing op gemaximeerde vergoedingen.
- 8.4 Wanneer uw verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 8.5 U kunt uw eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet deze wijziging voor 1 januari waarop de wijziging in moet gaan aan ons doorgeven.

Artikel 9 Premie

In dit artikel vindt u informatie over:

- de hoogte van de premie;
- het betalen van de premie;
- de gevolgen van niet-tijdige betaling/betalingsachterstand;
- wat er met de premie gebeurt wanneer uw verzekering eindigt of wijzigt.

9.1 Hoogte van de premie

- 9.1.1 Op uw polisblad vindt u de hoogte van de premie voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.
- 9.1.2 Wij stellen de hoogte van de premie voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen vast. Deze is afhankelijk van de gezinssamenstelling, de hoogte van het eigen risico, uw leeftijd en het land van vestiging. Indien de premie hoger wordt doordat u na de 1e van de maand een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand daaropvolgend. Wijzigt uw leeftijd per de 1e van de maand, dan wijzigt de premie per de 1e van de desbetreffende maand.

9.2 Het betalen van de premie

- 9.2.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie te betalen. 'U' moet in verband met premiebetaling dan ook worden gelezen als 'u (verzekeringnemer)'.
9.2.2 U bent verplicht de premie vooruit te betalen.
9.2.3 Wij brengen de ontvangen premie altijd eerst in mindering op de langst openstaande premievordering.
9.2.4 U mag geen premie verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.
9.2.5 Als de verzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie terugbetaald. Wij kunnen van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

9.3 Niet-tijdige betaling

- 9.3.1 Wanneer u de premie niet tijdig betaalt, vervalt uw aanspraak op vergoedingen uit de ziektekostenverzekering vanaf de premievervaldag. U heeft pas weer recht op vergoeding van medische kosten op het moment dat de volledige achterstallige premie is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van de volledige achterstallige premie zijn gemaakt en die niet te verwachten waren.
9.3.2 U blijft verplicht achterstallige premie te betalen.
9.3.3 Wanneer u uw premie niet tijdig betaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente.
9.3.4 Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, voor uw rekening.

Artikel 10 Wijziging van premie en/of voorwaarden

In dit artikel vindt u informatie over:

- op wie een wijziging van de premie en/of voorwaarden van toepassing is;
- wat u kunt doen wanneer u niet akkoord gaat met een wijziging;
- wanneer u een wijziging niet mag weigeren.

- 10.1 Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.
- 10.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- 10.3 Wanneer u (verzekeringnemer) niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit schriftelijk aan ons melden binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- 10.4 U mag de wijziging niet weigeren wanneer uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens.

Artikel 11 Uitzondering collectieve ziektekostenovereenkomst

Dit artikel is alleen van toepassing als uw verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve ziektekostenovereenkomst die uw werkgever met ons is overeengekomen.

De inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst maakt deel uit van de verzekering. Bij strijdigheid tussen de inhoud van deze algemene voorwaarden en de inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst zal de inhoud van de collectieve overeenkomst prevaleren.

Artikel 12 Geschillen

In dit artikel vindt u informatie over de procedure die u kunt volgen bij geschillen die voortvloeien uit de ziektekostenverzekering.

Geschillenregeling voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot uw verzekering kunt u de kwestie, bij voorkeur zo spoedig mogelijk, schriftelijk, telefonisch, via internet of mail aan ons voorleggen. Hieronder wordt stapsgewijs aangegeven welke mogelijkheden u heeft.

Stap 1: Uitvoerende afdeling

U moet u vraag altijd eerst richten aan de afdeling van wie u de beslissing heeft ontvangen.

Stap 2: Centrale Klachten Coördinatie

Heeft u van de uitvoerende afdeling een antwoord ontvangen en bent u het daar niet mee eens, dan kunt u een brief sturen naar onze afdeling Centrale Klachten Coördinatie. Deze afdeling handelt namens de directie. Onze klachtcoördinatoren zullen uw vraag opnieuw beoordelen en u schriftelijk informeren over onze beslissing.

Stap 3: Ombudsman Zorgverzekeringen

U kunt u vraag ook voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Dit is een onafhankelijke, externe instantie, die bemiddelt bij geschillen tussen zorgverzekeraars en verzekerden.

Artikel 13 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 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.

Artikel 14 Nederlands recht

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Wereldpolis

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

Wij vergoeden:

- de verpleegkosten, op basis van de derde klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- het honorarium voor medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de (eventueel) bijkomende kosten van de behandelend specialist en het ziekenhuis waar u wordt behandeld.

Wij vergoeden de kosten voor een ononderbroken opname voor een maximale periode van 365 dagen. Pas bij een onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen vangt een nieuwe periode aan.

Wij vergoeden bovendien de kosten van psychiatrische deeltijdbehandeling. Hiervoor geldt een maximum van 60 behandelingsdagen of -nachten per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een ziekenhuisopname vooraf, of uiterlijk binnen 48 uur na opname, bij ons melden via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door Eurocross International. Wanneer het gaat om 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 in Nederland moet u van tevoren 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 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist of kaakchirurg;
- de (eventueel) bijkomende kosten;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van de specialist;
- de kosten van psychotherapie tot een maximum van 90 behandelingen per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

Artikel 3 Orgaantransplantaties

Wij vergoeden:

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Eurotransplant;
- 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 4 Nierdialyse

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.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Artikel 5 In vitro fertilisatie

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. Wij vergoeden voor elke te realiseren zwangerschap de kosten van maximaal drie in vitro fertilisatiebehandelingen. Per elke te realiseren zwangerschap krijgt u maximaal € 6.850,- vergoed.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Artikel 6 Audiologisch centrum

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 7 Erfelijkheidsonderzoek

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 8 Huisarts

Wij vergoeden:

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 9 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve genezers;
- consulten van alternatieve therapeuten.

Wij vergoeden 75% van de kosten tot maximaal € 345,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 10 Revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de (eventueel) bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf toestemming aan ons vragen.
- De behandeling dient te geschieden volgens het door de specialist opgestelde behandelplan.

Artikel 11 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden:

- de kosten van behandeling door een fysiotherapeut;
 - de kosten van behandeling door een oefentherapeut.
- Wij vergoeden bij behandeling in Nederland door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut maximaal € 20,- per behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Na 18 zittingen fysiotherapie of oefentherapie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijk toestemming van ons hebben gekregen.
- Voor vergoeding van behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut in Nederland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

Artikel 12 Logopedie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een 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 13 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van aanschaf, wijziging, vervanging en herstel van hulpmiddelen overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen. Het Achmea reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Artikel 14 Bevallings- en verloskundige zorg

Wij vergoeden de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting.

Artikel 15 Kraamzorg

Bij een bevalling ontvangt de vrouwelijke verzekerde van ons een tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg. De hoogte van de tegemoetkoming is afhankelijk van de plaats waar het kraambed plaatsvindt, zijnde de eerste 8 dagen na de dag van bevalling. De tegemoetkoming bedraagt:

- € 1.500,-, wanneer het kraambed volledig thuis plaatsvindt of wanneer het kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt zonder dat daarvoor een medische indicatie bestaat;
- € 1.500,-, wanneer het kraambed gedeeltelijk in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt en hiervoor een medische indicatie aanwezig is. Per ligdag, met uitzondering van de dag van de bevalling, wordt € 187,50 in mindering gebracht.

Voor de dagen dat het kraambed op medische indicatie in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt worden de verpleeg- en bijkomende kosten voor de verzekerde moeder en het verzekerde kind volledig vergoed.

Artikel 16 Adoptie-uitkering

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de verzekering wettig zijn geadopteerd, zijn bijgeschreven in uw ziektekostenverzekering, krijgt u van ons een eenmalige uitkering van € 1.500,-.

Artikel 17 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
 - de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent.
- De kosten van vervoer per ambulance en taxi vergoeden wij volledig. De vergoeding voor het vervoer per eigen auto of huurauto bedraagt € 0,19 per kilometer.

Wij vergoeden bij taxivervoer in Nederland door een niet door ons gecontracteerde taxivervoerder maximaal € 0,70 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer indien en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen op de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.

Artikel 18 Buitenland

Als buitenland wordt aangemerkt elk ander land dan het land van vestiging. Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien, tenzij behandeling in Nederland plaatsvindt.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in het land van vestiging zouden zijn vergoed;
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Artikel 19 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar het land van vestiging of Nederland

Wij vergoeden:

- de kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar het land van vestiging of naar Nederland;
- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar het land van vestiging of naar Nederland.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen na vooraf verleende goedkeuring via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Artikel 20 Achmea Alarmcentrale

Wij vergoeden de kosten van het organiseren van de in de artikelen 18 en 19 genoemde hulpverlening door de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Artikel 21 Psychologische zorg

Wij vergoeden 75% van de kosten van een psycholoog tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of, bij arbeidsgerelateerde klachten, van een bedrijfsarts.

Artikel 22 Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie

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.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van cosmetische vorm- of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Artikel 23 Orthodontie

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of tandarts. De maximale vergoeding bedraagt € 1.135,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien de behandeling wordt uitgevoerd op advies van de huisarts of tandarts.

Uitsluiting

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

Artikel 24 Tandheelkundige zorg - algemeen

Wij vergoeden:

- voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van behandeling door een tandarts. Wij vergoeden 75% van de kosten tot maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar.
- geneesmiddelen op voorschrift van een tandarts.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts. De preventie/mondhygiëne en de parodontologische behandelingen mogen ook worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist(e).

Artikel 25 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

- het niet aangelegd zijn van meerdere gebitselementen;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), 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;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet;
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling;
- totale amelogenese imperfecta.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereisen.
- U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. 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 26 Orthodontie in bijzondere gevallen

Wij vergoeden de kosten van een orthodontische behandeling bij een kaakorthopedische afwijking:

- als direct gevolg van een lip-, kaak- of verhemeltespleet;
- in boven- of onderkaak, die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten slechts indien de behandeling wordt uitgevoerd op advies van de huisarts of tandarts.

Artikel 27 Preventieve onderzoeken en vaccinaties

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
 - borstkanker;
 - hart- en vaatziekten;
 - prostaatkanker;
- en de kosten van:
- inentingen tegen griep, hondsdolheid, tetanus en rode hond;
 - inentingen van pasgeborenen tegen hepatitis B, indien de moeder draagster is van dat virus;
 - inentingen voor kinderen en pasgeborenen.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van andere onderzoeken en/of behandelingen in verband met de algemene preventie.

Artikel 28 Thuisverpleging in plaats van ziekenhuisverpleging

Wij vergoeden de kosten van thuisverpleging voor maximaal 6 weken per 5 kalenderjaren, per persoon, gedurende 8 uren per etmaal.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten uitsluitend wanneer door de thuisverpleging een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis wordt verkort of voorkomen.
- De thuiszorg moet door een gediplomeerd verpleegkundige of een bij een organisatie voor thuiszorg aangesloten ziekenverzorgende uitgevoerd worden.
- Wij vergoeden de kosten slechts indien u geen aanspraak kunt maken op vergoeding uit een andere verzekering.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van bloedafname of wondverschoning door een verpleegkundige aan huis, indien hier geen medische noodzaak toe is.

Beter Af Tandarts Polis

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen.

Wij vergoeden de kosten van consulten, mondhygiëne, vullingen en extracties voor 100%. Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75%. De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- keuringsrapporten;
- het niet nakomen van afspraken;
- uitwendig bleken van tanden en kiezen;
- orthodontie.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist(e).

Beter Af Tandarts Polis 1 ster

- consulten, mondhygiëne, vullingen en extracties: 100%
- overige behandelingen: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar

Beter Af Tandarts Polis 2 sterren

- consulten, mondhygiëne, vullingen en extracties: 100%
- overige behandelingen: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar

Beter Af Tandarts Polis 3 sterren

- consulten, mondhygiëne, vullingen en extracties: 100%
- overige behandelingen: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar

Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. U kunt kiezen voor een Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket 2A of 2B.



Zilveren Kruis | achmea

Je eerste zorg is je gezondheid.