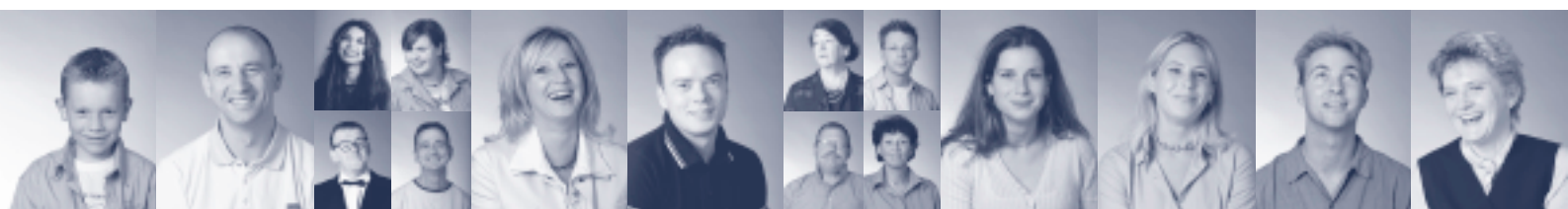




Voorwaarden en vergoedingen ZilverKeuzePolis

- met één ster
- met twee sterren
- met drie sterren
- met vier sterren



Vergoedingenoverzicht

Vergoeding	Artikel	Bladzijde	1*	2**	3***	4****	Tandarts-Polis	Tandarts-ExtraPolis	Klassen-verzekering	Achmea health
Acnebehandeling	43	15			•	•				
Alarmeringsapparatuur	55	17								•
Alternatieve geneesmiddelen	23	11		•	•	•				
Alternatieve geneeswijzen/therapieën	22	11		•	•	•				
Astmacentrum Davos	3	8	•	•	•	•				
Audiologisch centrum	13	9	•	•	•	•				
Bevalling	27	12	•	•	•	•				
Bewakingsapparatuur wiegendood	59	17								•
Brilmonturen, brillenglazen en contactlenzen	26, 54	12, 17			•	•				•
Buitenland	31, 32, 52	13, 17	•	•	•	•				•
Buitenland, preventieve vaccinaties	60	17								•
Camouflagetherapie	43	15			•	•				
Cosmetische chirurgie	41	15	•	•	•	•				
Dagverpleging	1	8	•	•	•	•				
Energieverbeteringsprogramma	66	18								•
Epilatie	43	15			•	•				
Erfelijkheidsonderzoek	14	9	•	•	•	•				
Ergotherapie	19	11		•	•	•				
Farmaceutische zorg	17	10	•	•	•	•				
Fitness	68	18								•
Fysiotherapie	18	10	•	•	•	•				
Gasthuizen, verblijf bij poliklinische behandeling in ziekenhuis	12	9		•	•	•				
Gasthuizen, verblijf van gezinsleden bij opname	2	8		•	•	•				
Health shop	71	19								•
Herstellingsoord	34	14			•	•				
Huidtherapie	43	15			•	•				
Huisarts	16	10		•	•	•				
Hulpmiddelen	24, 72	11, 19	•	•	•	•				•
In vitro fertilisatie	10	9			•	•				
Kraampakket	57	17								•
Kraamzorg	28, 29	12		•	•	•				
Leefstijltrainingen	63	18								•
Leukemieonderzoek bij kinderen	11	9	•	•	•	•				
Logopedie	20	11		•	•	•				
Manuele lymfdrainage	42	15			•	•				
Medisch specialistische zorg, extramuraal	6	9	•	•	•	•				
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	8	•	•	•	•				
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	5	9	•	•	•	•				
Nierdialyse	9	9	•	•	•	•				
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	18	10	•	•	•	•				
Ontspanningsarrangement	67	18								•
Organtransplantaties	8	9	•	•	•	•				
Orthodontie	45	15		•	•	•				
Orthodontie, bijzondere gevallen	51	16	•	•	•	•				
Overgangsconsulent	70	18								•
Plakstrips mammaprothesen	24	12			•	•				
Plaswekker	25	12			•	•				
Podotherapie	38	14		•	•	•				
Preventieve cursussen	64	18								•
Preventieve onderzoeken	61	17								•
Psoriasisbehandeling	15	10		•	•	•				
Psychologische zorg	37	14		•	•	•				
Psychotherapie	36	14	•	•	•	•				
Reuma kuurbehandeling	33	14	•	•	•	•				
Revalidatie, deeltijdbehandeling	4	9	•	•	•	•				
Second opinion	56	17								•
Sportmedisch onderzoek	62	17								•
Steunzolen	39	14			•	•				
Stottertherapie	21	11		•	•	•				
Tandheelkundige zorg, algemeen	47	16	•	•	•	•	•	•		
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	50	16		•	•	•				
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	49	16	•	•	•	•				
Tandheelkundige implantaten	46	15	•	•	•	•				
Tandheelkundige zorg, mesostructuur op implantaten	48	16		•	•	•				
Therapeutisch kamp	35	14			•	•				
Thuiszorg gehandicapten en chronisch zieken	44	15			•	•				
Vakantie, bemiddeling bij zorg	73	19								•
Vakantiedokter	53	17								•
Verloskundige zorg	27	12	•	•	•	•				
Verpleegartikelen	58	17								•
Vervoer van zieken	30, 31	13	•	•	•	•				
Voedingsvoorlichting	65	18								•
Voetverzorging	40	14			•	•				
Wachttijdbemiddeling	69	18								•
Zelfstandig behandelcentrum	7	9	•	•	•	•				
Ziekenhuisopname	1	8	•	•	•	•			•	
Ziekenhuisopname, overnachting en vervoer gezinsleden	2	8		•	•	•				

Wij beschrijven in deze polisvoorwaarden allereerst de algemene voorwaarden.

Vanaf pagina 8 beschrijven wij artikelsgewijs de vergoedingen waarop u recht heeft. Bij elk artikel beschrijven wij uit welke (aanvullende) verzekering u vergoeding krijgt.

In het overzicht op pagina 2 en 3 staat schematisch weergegeven in welk artikel en op welke bladzijde u kunt nalezen wat uw rechten zijn.

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder 'Achmea health' (artikelen 52 tot en met 73) heeft u als Zilveren Kruis Achmea verzekerde altijd recht.

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 ongevalsachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.
- 1.3 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.
- 1.4 Audiologisch centrum**

Een centrum dat audiologische zorg verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten.
- 1.5 Bijkomende kosten**

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

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

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.9 Fraude**

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

Twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 27 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.
- 1.13 Gezondheidszorg psycholoog**

Een in Nederland gevestigde gezondheidszorg psycholoog die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- 1.14 Huidtherapeut**

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut, vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.15 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.
- 1.16 Hulpmiddel**

Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in het Achmea reglement Hulpmiddelen.
- 1.17 Kaakchirurg**

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.18 Kalenderjaar**

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.
- 1.19 Klinisch genetisch centrum**

Een instelling voor klinische genetica, die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.
- 1.20 Laboratoriumonderzoek**

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat wettelijk is toegelaten.
- 1.21 Logopedist**

Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 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 Podotherapeut**

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

1.27 Premie

Het geldbedrag dat u betaalt voor uw verzekering bestaat uit:

Netto premie (ziektkostenverzekering)

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

Wettelijke bijdragen

De krachtens de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) voor ieder van u wettelijk verschuldigde bijdragen, waarvan de hoogte jaarlijks wordt vastgesteld door de overheid.

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.

1.28 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 StandaardPakketPolis

De ziektekostenverzekering die wij op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen verplicht zijn aan te bieden.

1.30 Tandarts

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

1.31 Tandprotheticus

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

1.32 Terrorismeschade

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

1.33 U/uw

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

1.34 Verloskundige

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

1.35 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.

1.36 Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

1.37 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.

1.38 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).

1.39 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.

1.40 Ziektekostenverzekering

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

1.41 Zorgverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die u de medische zorg verleent die is beschreven in de begripsbepalingen. Onder zorgverlener verstaan wij ook een leverancier van hulpmiddelen en voedings- en verbandmiddelen.

Artikel 2 Aanmelding

In dit artikel vindt u informatie over de regels die voor u gelden bij inschrijving in de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheekkundige) verzekering.

2.1 Ziektekostenverzekering en aanvullende (tandheekkundige) verzekeringen

- 2.1.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te ondertekenen.
- 2.1.2 Wanneer u (verzekeringnemer) tijdens de aanvraagprocedure zaken verzwijgt of onze vragen onjuist of onvolledig beantwoordt, kunnen wij ons op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst beroepen.
- 2.1.3 Het aanvraagformulier en de tijdens een eventuele medische keuring verstrekte gegevens maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst.
- 2.1.4 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.
- 2.1.5 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 opneming in het gezin of overdracht van het kind;
 - Adoptie uit het buitenland: bewijs van overdracht door buitenlandse rechtbank, zo nodig met vertaling van beëdigd vertaler.
- 2.1.6 U (verzekeringnemer) bent verplicht alle gezinsleden voor dezelfde verzekering(en) aan te melden. Na de totstandkoming moet(en) de verzekering(en) blijven gelden voor alle gezinsleden. Het voorgaande geldt niet voor gezinsleden die:
 - beroepsmilitair zijn;
 - verplicht bij een ziekenfonds verzekerd zijn;
 - bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
 - op een (Studenten)Standaard(Pakket)Polis verzekerd zijn.

2.1.7 De verplichting om alle gezinsleden aan te melden, zoals beschreven in artikel 2.1.6, is niet van toepassing voor de aanvullende tweede klassenverzekering en de aanvullende tandheelkundige verzekeringen.

2.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

2.2.1 Bij het afsluiten van een ziektekostenverzekering toetsen wij automatisch uw AWBZ-gerechtigdheid. Als u niet voldoet aan de voorwaarden die in deze wet zijn gesteld, krijgt u van ons daarover schriftelijk bericht. Voor verstrekkingen vanuit de AWBZ kunt u zich wenden tot het Zorgkantoor bij u in de regio.

2.2.2 Als u voldoet aan de voorwaarden die zijn gesteld in de AWBZ, geldt uw polisblad tevens als bewijs van inschrijving voor de AWBZ.

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.
- 3.1.5 Een bij ons lopende ziektekostenverzekering kunt u, behoudens de bepalingen van artikel 3.1.2, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar, en dan alleen na medische beoordeling en schriftelijke bevestiging van ons.

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 11. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- 3.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen door ons schriftelijk te berichten dat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd moet worden.
- U moet een kopie van het inschrijvingsbewijs van uw nieuwe verzekering meesturen.
 - Wij beëindigen uw verzekering per de afgiftedatum van het bewijs van inschrijving van het ziekenfonds, maar nooit eerder dan de ingangsdatum van de verplichte verzekering. Bij inschrijving in een publiekrechtelijke verzekering beëindigen wij uw verzekering per ingangsdatum van die verzekering.
 - Wanneer u uw verzekering beëindigt, bevestigen wij dit schriftelijk.
 - Wanneer wij het bewijs van inschrijving later ontvangen dan 60 dagen nadat het door het ziekenfonds of de publiekrechtelijke verzekering is afgegeven, beëindigen wij uw verzekering per de datum dat wij het bewijs van inschrijving hebben ontvangen.

3.2.3 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 verschuldigde bedragen binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet is betaald;
- wanneer u zich permanent in het buitenland vestigt;
- 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.

3.2.4 Uw verzekering eindigt met ingang van de eerste van de maand waarin u de 65-jarige leeftijd bereikt. Wij verzekeren u aansluitend op de StandaardPakketPolis.

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.
- 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;
 - vestiging in het buitenland;
 - geboorte;
 - komst van een stief-, pleeg- of adoptiekind in uw gezin;
 - overlijden;
 - echtscheiding/beëindiging samenlevingsverband;
 - wijziging van (post)banknummer;
 - toetreding tot een verplichte verzekering.
- 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;
- uit welke verzekering wij de kosten vergoeden;
- de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten.

5.1 Uitbetaling van de vergoedingen

- 5.1.1 Wij vergoeden de kosten aan u, tenzij wij met de zorgverlener een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook via het declaratieformulier aangeven dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener kunnen vergoeden.
- 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 Wanneer wij door u gemaakte kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, betalen wij aan sommige zorgverleners het volledige bedrag van de declaratie inclusief het openstaande eigen risico en de eigen bijdragen. In dat geval bent u (verzekeringnemer) verplicht het bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen aan ons terug te betalen. Indien mogelijk verrekenen wij het bedrag dat u aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen.

Wanneer u (verzekeringnemer) dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente. Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor uw (verzekeringnemer) rekening. Deze kosten bedragen minimaal 15% van het verschuldigde bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen.

Wanneer u dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, vergoeden wij uw medische kosten pas weer op het moment dat het volledige bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van het volledige verschuldigde bedrag zijn gemaakt.

- 5.1.4 Om het rechtstreeks declareren door 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 de medische kosten op basis van het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken. Wanneer er geen tarief is afgesproken vergoeden wij de kosten op basis van het rechtsgeldige tarief.
- 5.2.8 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, tenzij anders bepaald.

5.3 Welke verzekering vergoedt

Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:

- de ziektekostenverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.

5.4 Vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten

- 5.4.1 Wanneer uw tijdelijke verblijf in het buitenland mede bedoeld is om daar medisch behandeld te worden, vergoeden wij deze behandeling alleen wanneer wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- 5.4.2 Wij vergoeden de door u gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners aan u in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

5.5 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 uitbreiding van de verzekering of 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 munitie.
- 6.3 Wij vergoeden geen kosten van eigen bijdragen krachtens de AWBZ, tenzij in een van de verzekeringen 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 psychiatrische zorg.

Artikel 7 Terrorisme

De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts 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.

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 alleen van toepassing op de ziektekostenverzekering en niet op de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.
- 8.2 Het eigen risico geldt voor één kalenderjaar en is afhankelijk van de gezinssamenstelling.
- 8.3 Wanneer uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 8.4 Beëindiging van uw verzekering in de loop van het kalenderjaar heeft geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar, tenzij uw verzekering in de loop van het kalenderjaar eindigt en wij u aansluitend op de StandaardPakketPolis verzekeren. Het eigen risico wordt in dit geval voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.

8.5 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.

8.6 Wijziging eigen risico

8.6.1 U kunt uw eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen.

8.6.2 Een verlaging van het eigen risico is pas mogelijk wanneer wij er, na een medische beoordeling, mee akkoord gaan.

Artikel 9 Premie

In dit artikel vindt u informatie over:

- de hoogte van de premie en de wettelijke bijdragen voor de ziektekostenverzekering;
- 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, de aanvullende (tandheelkundige) verzekering en de wettelijke bijdragen.

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, de regio waarin u woont en uw leeftijd. Indien de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand daaropvolgend. Bij het bereiken van de 20- en 65-jarige leeftijd wijzigen de wettelijke bijdragen per de eerste van de maand waarin u deze leeftijdsgrens overschrijdt.

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.

9.3 Niet-tijdige betaling

9.3.1 Wanneer u de premie niet tijdig betaalt, vervalt uw aanspraak op vergoedingen uit de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vanaf de premieervalddag. 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. Deze verplichting geldt ook indien de betaling van de premie door een derde plaatsvindt.

9.3.3 Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen.

9.3.4 Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie te verrekenen met schadekosten, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente.

9.3.5 Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, voor uw rekening.

9.4 Premiebetaling bij begin, wijziging of einde van de verzekering

9.4.1 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste dag van een maand ingaat, betaalt u premie per de ingangsdatum van de verzekering.

9.4.2 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste van de maand eindigt, heeft dit gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie per de beëindigingsdatum.

9.4.3 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste van de maand wijzigt, heeft dit pas gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie per de eerste van de volgende maand.

9.4.4. Wanneer u de premie vooruit heeft betaald en de verzekering eindigt omdat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiek-rechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd wordt, betalen wij het te veel betaalde bedrag terug tot de dag dat u wordt uitgeschreven. Indien u recht heeft op teruggave van dubbel betaalde premie (particulier én ziekenfonds), betaalt het ziekenfonds de particuliere premie aan u terug.

Artikel 10 Vrije keuze van zorgverleners

Alhoewel u in beginsel vrij bent in de keuze van zorgverlener, hebben wij voor bepaalde medische zorg met zorgverleners afgesproken dat alleen zij u mogen behandelen. In dat geval bent u verplicht gebruik te maken van de diensten van deze zorgverleners. Indien dit het geval is, zullen wij dit bij de betreffende vergoeding vermelden. Desgevraagd informeren wij u over de namen en adressen van deze personen en instanties.

Artikel 11 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.

11.1 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.

11.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.

11.3 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.

11.4 U mag de wijziging niet weigeren wanneer:

- de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens of doordat u verhuist naar een andere regio.

Artikel 12 Geschillen/klachten

In dit artikel vindt u informatie over procedures die u kunt volgen bij geschillen/klachten die voortvloeien uit:

- de ziektekostenverzekering;
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering;
- het vaststellen van de AWBZ-gerechtigdheid.

12.1 Geschillenregeling voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering

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

Stap 2: Klachtenbureau

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

Stap 3: Ombudsman Zorgverzekeringen

U kunt uw vraag ook voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Dit is een onafhankelijke, externe instantie, die bemiddelt bij geschillen tussen zorgverzekeraars en verzekerden.

12.2 AWBZ-gerechtigdheid

Bij een geschil over uw inschrijving als AWBZ-verzekerde kunt u binnen zes weken nadat het geschil is ontstaan een bezwaarschrift indienen bij onze directie. Van de beslissing door de directie wordt u schriftelijk op de hoogte gesteld.

Wanneer u het niet eens bent met de beslissing van de directie, kunt u in beroep gaan bij de rechtbank. De directiebeslissing vermeldt de naam en het adres van de rechtbank en de termijn waarbinnen u in beroep moet gaan.

Vergoedingen

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

SilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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

- U moet voor een ziekenhuisopname wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgische zorg tenminste drie weken van tevoren goedkeuring aanvragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.

Tweede klassenverzekering

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert.

U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering 2A of 2B. Bent u klasse 2B verzekerd en wordt u opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vergoeden wij de kosten volgens de tarieven van die tweede klasse.

Indien de tweede klassenverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder € 70,- per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot maximaal € 4.600,- per kalenderjaar. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Indien u wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een door ons gecontracteerde medische behandeling, vergoeden wij maximaal € 20,- van het kamersupplement voor een 1 of 2 persoonskamer. De honorariumtoeslag komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 2 Overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij ziekenhuisopname

SilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij:

- de overnachtingskosten van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- de kosten van vervoer van uw (mee)verzekerde gezinsleden per openbaar vervoer (2e klas) of per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,10 per kilometer. Wij vergoeden de kosten van maximaal één bezoek per dag.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

Artikel 3 Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland)

SilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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 Revalidatiedeeltijd- of dagbehandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

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

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)

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

- het honorarium van de 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. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de behandeling van een 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

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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 Orgaantransplantaties

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefselyperingen 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

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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

- Voor thuisdialyse moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. U moet een begroting van de kosten overleggen.
- Wij vergoeden de bouwkundige kosten tenzij u krachtens een wettelijke regeling een vergoeding kunt krijgen.

Artikel 10 In vitro fertilisatie

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van in vitro fertilisatiebehandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Wij vergoeden voor elke te realiseren zwangerschap de kosten van maximaal drie in vitro fertilisatiebehandelingen. Wij vergoeden:

- 100% van de kosten, uitgezonderd een eigen bijdrage van € 360,- per behandeling, als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- 100% van de kosten als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 11 Leukemieonderzoek bij kinderen

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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

Artikel 12 Overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van een overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis, indien u een poliklinische behandelcyclus ondergaat in een ziekenhuis dat verder dan 50 km van uw huis ligt.

Artikel 13 Audiologisch centrum

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

15.1 Psoriasisdagbehandelingscentrum

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een psoriasisdagbehandelingscentrum. Wij vergoeden

- maximaal € 685,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- maximaal € 910,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

15.2 UV-B lichtbehandeling

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis. Wij vergoeden de kosten van huur van de benodigde apparatuur tot maximaal € 685,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden de kosten van UV-B lichtbehandeling niet als u vergoeding krijgt voor behandeling in een psoriasisdag-behandelingscentrum (artikel 15.1).

Artikel 16 Huisarts

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van:

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelen-voorziening 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 een 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;

overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet 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.

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van de anticonceptiva.

Voorwaarden voor vergoeding

- De anticonceptiva moeten 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.

ZilverKeuzePolis met 4 sterren

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van enkele geneesmiddelen die niet worden vergoed op grond van de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

Wij vergoeden:

- maximaal € 140,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 230,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- De vergoeding wordt verleend voor een beperkt aantal geneesmiddelen bij een aantal indicaties.

Artikel 18 Fysiotherapie en oefentherapie

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

- de kosten van behandeling door een fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een oefentherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Na 18 zittingen fysiotherapie of oefentherapie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijk toestemming van ons hebben gekregen.

Uitsluitingen

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt.
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water. Wij vergoeden maximaal € 4,- per keer en maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De oefentherapie moet in groepsverband en onder leiding van een gediplomeerd fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Artikel 19 Ergotherapie

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 20 Logopedie

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.
- Na 12 zittingen logopedie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijke toestemming van ons hebben gekregen.

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

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdorfermethode van het Instituut Natuurlijk Spreken te Deurningen;
- volgens de BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' te Harlingen.
- In de hierna genoemde stottercentra:
 - Stottercentrum Bloemendaal;
 - Stottercentrum Gouda;
 - Stottercentrum 's Hertogenbosch;
 - Stottercentrum Rijnland te Leiden en Oegstgeest;
 - Stottercentrum Zutphen;
 - Stottercentrum Zwolle.

Wij vergoeden:

- maximaal € 230,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- maximaal € 460,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 920,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Artikel 22 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve genezers;
 - consulten van alternatieve therapeuten.
- Wij vergoeden:
- maximaal € 30,- per dag tot maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
 - maximaal € 30,- per dag tot maximaal € 360,- als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
 - maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 500,- als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarde voor vergoeding

De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een Nederlandse beroepsvereniging van alternatieve genezers of voldoen aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Artikel 23 Alternatieve geneesmiddelen

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden de kosten tot:

- maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten wettelijk geregistreerd staan in de Homeopathie vergoedingenlijst Z.index als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een door ons gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Artikel 24 Hulpmiddelen

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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.
- Wij vergoeden eveneens de kosten van huur van een elektrische motorslede, ter bevordering van het bewegingsvermogen na een operatieve ingreep in een gewricht.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een door ons gecontracteerde 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.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van het Achmea reglement Hulpmiddelen. Hierbij gelden de volgende beperkingen:

als u een ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft:

- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een pruik vergoeden wij tot maximaal € 345,-;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel vergoeden wij tot maximaal € 185,- per apparaat;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een mammaprothese vergoeden wij volledig;
- de eigen bijdrage voor de overige hulpmiddelen vergoeden wij tot maximaal € 230,- per persoon per kalenderjaar.

of, als u een ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft:

- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een pruik vergoeden wij tot maximaal € 460,-;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel vergoeden wij tot maximaal € 230,- per apparaat;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een mammaprothese vergoeden wij volledig;
- de eigen bijdrage voor de overige hulpmiddelen vergoeden wij tot maximaal € 230,- per persoon per kalenderjaar.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.

Artikel 25 Plaswекker

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van een plaswекker. Wij vergoeden maximaal € 100,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 26 Brillmonturen, brillenglazen en contactlenzen

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van een brilmontuur. Wij vergoeden maximaal € 35,- per persoon per 24 maanden.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van aanschaf van een zonnebril.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen en contactlenzen.

Wij vergoeden:

- maximaal € 70,- per persoon per 36 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 95,- per persoon per 36 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Artikel 27 Verloskundige zorg en bevalling

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren, 4 sterren

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 28 Kraamzorg

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

28.1 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 de bevalling. De tegemoetkoming bedraagt:

als u een ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft:

- € 1.150,- wanneer het kraambed volledig thuis plaatsvindt of wanneer het kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt zonder dat daarvoor een medische indicatie bestaat;
- € 1.150,- 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 bevalling, wordt € 143,75 in mindering gebracht;

of, als u een ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft:

- € 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 bevalling, wordt € 187,50 in mindering gebracht;

of, als u een ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft:

- € 1.660,- wanneer het kraambed volledig thuis plaatsvindt of wanneer het kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt zonder dat daarvoor een medische indicatie bestaat;
- € 1.660,- 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 bevalling, wordt € 207,50 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.

28.2 In plaats van de tegemoetkoming kan de vrouwelijke verzekerde er voor kiezen om de voor haar noodzakelijke kraamzorg door ons te laten regelen, gedurende maximaal 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling. De omvang daarvan hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door ons in goed overleg met u vastgesteld. Indien het voor ons niet mogelijk is om de kraamzorg te regelen, ontvangt de vrouwelijke verzekerde de tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg zoals vermeld in artikel 28.1.

Informatie over deze kraamzorgservice vindt u in de folder 'Kraamzorg' die wij u op aanvraag toesturen.

Voorwaarde voor vergoeding

Als u gebruik maakt van de door ons geregelde kraamzorg, moet u uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap contact met ons opnemen.

Artikel 29 Uitgestelde kraamzorg en kraamzorg bij adoptie

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden maximaal 15 uur zogenoemde uitgestelde kraamzorg of kraamzorg bij adoptie.

Voorwaarde voor vergoeding

De kraamzorg moet aanvragen na 10 dagen na de bevalling (uitgestelde kraamzorg) of bij opname in het gezin van een adoptiekind dat jonger dan 1 jaar is (kraamzorg bij adoptie).

Artikel 30 Ziekenvervoer

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance zowel naar als van een ziekenhuis.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

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 ziekenvervoer 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.

De kosten van vervoer per door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij volledig.

De vergoeding voor vervoer per eigen auto bedraagt:

- € 0,19 per kilometer als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- € 0,28 per kilometer als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.
- De Vervoerstijl 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.

Artikel 31 Buitenland

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

31.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg en tandheelkundige 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 en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland.

Wij vergoeden de kosten bij een verblijf in het buitenland van:

- maximaal 6 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 1 ster of 2 sterren heeft;
- maximaal 12 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren of 4 sterren heeft.

Wij vergoeden voor verzekerden vanaf 18 jaar de kosten van spoedeisende tandheelkundige zorg tot maximaal € 345,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Wij vergoeden tandheelkundige zorg alleen als u een aanvullende tandheelkundige verzekering heeft.

31.2 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. Wij vergoeden de kosten bij een verblijf in het buitenland van:

- maximaal 6 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 1 ster of 2 sterren heeft;
- maximaal 12 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren of 4 sterren heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- 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.
- Wanneer u naar het buitenland vertrekt met het doel zich daar te laten behandelen, omdat een behandeling in Nederland om praktische redenen niet mogelijk is, moet u altijd vooraf toestemming aan ons vragen wanneer het een niet door ons gecontracteerde behandeling betreft.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

31.3 Vervoerskosten bij niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van en naar gecontracteerde zorg in een buitenlandse zorginstelling.

De kosten van vervoer per ambulance en door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij in dit geval volledig. De vergoeding voor het vervoer per eigen auto bedraagt:

- € 0,19 per kilometer als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- € 0,28 per kilometer als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarde voor vergoeding

De kosten worden slechts vergoed indien u een door ons gecontracteerde medische behandeling ondergaat in een zorginstelling in België of Duitsland.

Artikel 32 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 33 Reuma kuurbehandelingen

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij geven maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten van door Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreizen voor patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, te weten de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundig adviseur van Interkuur.

Artikel 34 Herstellingsoord

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van opname in een door ons gecontracteerd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. Wij vergoeden maximaal € 50,- per dag gedurende maximaal 28 dagen per kalenderjaar. Wij vergoeden eveneens de reiskosten bij opname en ontslag op basis van openbaar vervoer (2e klas). Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,10 per kilometer.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 35 Therapeutisch kamp

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden voor kinderen een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden € 10,- per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden aan personen die gehandicapt zijn en die niet in een AWBZ-instelling verblijven een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden € 10,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van verblijf in kampen, die georganiseerd of verzorgd worden door instellingen waar men een dag of een dagdeel verblijft.

Artikel 36 Psychotherapie

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u moet betalen voor de eerste 30 behandelingen psychotherapie die u uit de AWBZ vergoed krijgt. Wij vergoeden maximaal € 315,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering.

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

- Bij meer dan 30 behandelingen psychotherapie vergoeden wij de kosten van psychotherapie behandelingen. Wij vergoeden:
- 75% tot maximaal € 500,- voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
 - 75% tot maximaal € 1.000,- voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
 - 100% tot maximaal 60 behandelingen voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Artikel 37 Kortdurende psychologische zorg

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van psychologische zorg.

Wij vergoeden:

- 75% tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren of 3 sterren heeft;
- 100% tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts, of bij arbeidsgerelateerde klachten, van een bedrijfsarts.

Artikel 38 Podotherapie

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut.

Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden maximaal € 135,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 39 Steunzolen

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen naar gipsmodel, blauwdruk of schuimdoostechiek. Wij vergoeden de kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar éénmaal per kalenderjaar en voor verzekerden van 18 jaar en ouder éénmaal per 24 maanden.

Wij vergoeden:

- maximaal € 35,- per paar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 50,- per paar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarde voor vergoeding

De steunzolen moeten zijn voorgeschreven door een behandelend arts.

Artikel 40 Voetverzorging

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging voor diabetici en bij dreigende voetproblemen bij verzekerden met reuma.

Wij vergoeden:

- maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 126,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 210,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet worden gegeven door een pedicure die daarin gespecialiseerd is. Bij diabetici betekent dit dat de pedicure in het bezit moet zijn van het certificaat 'Voetverzorging bij Diabetici'.

Artikel 41 Cosmetische chirurgie

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien er sprake is van verminking als gevolg van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

ZilverKeuzePolis met 4 sterren

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 20 jaar 75% van de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard, waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 42 Manuele lymfdrainage

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van manuele lymfdrainage in verband met een ernstig lymfoedeem. Wij vergoeden:

- maximaal € 455,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- de kosten volledig als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of manueel lymftherapeut.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 43 Huidtherapie

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van een acnebehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden:

- maximaal € 185,- per persoon per 60 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 370,- per persoon per 60 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen. Wij vergoeden:

- maximaal € 95,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 190,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarde voor vergoeding

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

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden 75% van de kosten van epilatiebehandeling bij vrouwen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Wij vergoeden:

- maximaal € 685,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 1.135,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien de behandeling is voorgeschreven door een arts, vanwege het feit dat er sprake is van ernstig ontzierende gezichtsbehandling.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 44 Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden aan personen die gehandicapt of chronisch ziek zijn de kosten van vervangende zorg, indien zij thuis mantelzorg ontvangen. Wij vergoeden maximaal € 90,- per dag:

- gedurende maximaal 10 dagen per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- gedurende maximaal 15 dagen per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- De zorg moet worden geleverd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Houten.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 45 Orthodontie

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een door ons gecontracteerde orthodontist of door ons gecontracteerde tandarts. Wij vergoeden:

- maximaal € 2.050,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- maximaal € 2.050,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering en 80% van de resterende kosten als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- de kosten volledig als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

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 46 Tandheelkundige implantaten

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de honorariumkosten van de kaakchirurg en de kosten van behandeling door een tandarts voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak. De kosten van de implantaten en de daarbij komende techniekkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Wij vergoeden de kosten van behandeling door een tandarts tot maximaal € 1.250,-.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door de behandelend kaakchirurg of 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 47 Tandheelkundige zorg - algemeen

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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

Wij vergoeden:

- maximaal € 345,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren of 3 sterren heeft;
- maximaal € 460,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Indien een verzekerde jonger dan 18 jaar door een ongeval schade oploopt aan het gebit, vergoeden wij boven de hiervoor genoemde dekking maximaal € 910,- extra voor de gehele duur van de verzekering.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden alleen de kosten van ongevallen die gedurende de looptijd van de verzekering zijn gebeurd.

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van chirurgische zorg door een door ons gecontracteerde tandarts. Wij vergoeden van de zogenoemde UPT-tarieven voor tandartsen de codes H21, H35, H42, H43 en H90.

TandartsPolis en TandartsExtraPolis

Wij vergoeden 75% van de kosten van tandheelkundige behandelingen:

- tot maximaal € 230,- per persoon per kalenderjaar als u de TandartsPolis heeft;
- tot maximaal € 690,- per persoon per kalenderjaar als u de TandartsExtraPolis heeft.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Uitsluiting

Wij verlenen geen vergoeding voor de kosten van:

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

Artikel 48 Tandheelkundige zorg - mesostructuur op implantaten

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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 49 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, vergoeden wij voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde tandarts volledig.

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. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

Artikel 50 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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 kaakgewichtsafwijking (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; wij vergoeden maximaal € 1.820,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering;
- 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;
- angstpatiënt; wij vergoeden alleen de kosten die uitgaan boven de kosten die gelden als u normale behandeling bij de tandarts zou hebben ondergaan.

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 51 Orthodontie in bijzondere gevallen

ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van 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.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

Artikel 52 Achmea health Alarmcentrale

Achmea health

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in de artikelen 31 en 32 genoemde hulpverlening door de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Artikel 53 Achmea health Vakantiedokter

Achmea health

Bij niet spoedeisende medische vragen, voor en/of tijdens uw vakantie, heeft u recht op gratis advies van de Achmea health Vakantiedokter.

Artikel 54 Korting bij opticiën

Achmea health

Met Hans Anders hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- u kunt een complete enkelvoudige bril aanschaffen voor € 95,-;
- u kunt een complete multifocale bril aanschaffen voor € 135,-;
- deze prijsafspraken gelden indien u kiest voor glazen die zijn opgenomen in de zogenoemde Achmea glastabel. In de winkels van Hans Anders kunt u nadere informatie krijgen over deze tabel;
- een kleurtint op uw glazen is mogelijk tegen een meerprijs van € 10,- per glas;
- bij de aanschaf van een pakket zachte maandlenzen (€ 45,-) ontvangt u één maand gratis lenzen en vloeistof.

Met Het Huis Opticiens hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- bij de aanschaf van een complete bril (montuur en glazen) ontvangt u een zonnebril op sterkte inclusief UV-filter, ter waarde van € 45,-, gratis;
- kiest u voor een duurdere zonnebril op sterkte, dan wordt een korting van € 45,- verleend.

U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/pasje.

Artikel 55 Korting op personenalarmering

Achmea health

U heeft recht op een korting op de huur en abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmerings-systeem van ActionLine.

Artikel 56 Second opinion

Achmea health

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

Artikel 57 Kraampakket

Achmea health

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een medisch kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het medisch kraampakket minimaal twee maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Artikel 58 Uitleen verpleegartikelen

Achmea health

Wij vergoeden voor een periode van maximaal 6 maanden de huurkosten van medisch noodzakelijke artikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed.

Artikel 59 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Achmea health

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 60 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een vakantiereis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A/B.

Artikel 61 Preventieve onderzoeken

Achmea health

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

Artikel 62 Sportmedisch onderzoek

Achmea health

Wij vergoeden per persoon de volgende behandelingen in een sportmedische instelling:

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt € 10,-;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult en/of herhalingsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren.

Artikel 63 Leefstijltrainingen

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De eigen bijdrage die u verschuldigd bent, bedraagt € 100,- per training.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie bij mensen met stotterproblemen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Artikel 64 Preventieve cursussen

Achmea health

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar.

Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health Center of een thuiszorginstelling;
- hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, Prostop Lasertherapie of een thuiszorginstelling;
- de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid;
- eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Daarnaast geven wij 25% korting op de schriftelijke cursussen:

- Lekker in je vel;
- Lekker gezond;
- Lekker slank.

Deze cursussen worden verstrekt door Achmea health.

Wij kunnen u nader informeren over de kortingsregeling die voor u van toepassing is.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

Artikel 65 Voedingsvoorlichting

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar. Hieronder vallen ook de kosten van advies door een diëtist bij deelname aan Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland, of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- U moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.

Artikel 66 Korting op energieverbeteringsprogramma

Achmea health

U heeft recht op 15% korting op het NOVO-programma van ImmoGenics.

Artikel 67 Ontspanningsarrangement

Achmea health

Bij de volgende centra hebben wij prijsafspraken gemaakt voor ontspanningsarrangementen:

- Fontana te Nieuweschans;
- Thermaalbad Arcen te Arcen;
- Elysium te Bleiswijk;
- Thermae 2000 te Valkenburg;
- Centra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.

Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die beschikbaar zijn en de daarvoor geldende tarieven.

Artikel 68 Korting op fitness

Achmea health

U heeft bij de Achmea health Centers en de vestigingen van Ten Tije Fitness recht op een korting van:

- 50% op het (eenmalige) inschrijfgeld;
- 20% op de contributie;
- 25% op bepaalde cursussen. Wij kunnen u nader informeren over het aanbod aan cursussen waarvoor de korting van toepassing is.

Artikel 69 Wachttijdbemiddeling

Achmea health

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan, waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u nagaan of de wachttijd bekort kan worden. Als er mogelijkheden tot het bekorten van de wachttijd zijn, proberen wij te regelen dat u eerder behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mogelijke oplossing moet vallen binnen de dekkingsvoorwaarden van uw verzekerde ziektekostenpakket.
- Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeginrichting) bij:
 - eerste polikliniekbezoek, van tenminste 3 weken;
 - dagbehandeling, van tenminste 4 weken;
 - ziekenhuisopname, van tenminste 6 weken.

Uitsluiting

Wachttijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

Artikel 70 Overgangsconsulent

Achmea health

Wij vergoeden 75% van het consulttarief van een overgangsconsulent tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar. Bij het eerste consult krijgt u een jaarabonnement op het tijdschrift rondom de overgang 'Women's Care'.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

Artikel 71 Health shop

Achmea health

Bij aanschaf van producten in de Health shop op www.achmeahealth.nl gelden voor u de volgende afspraken:

- u heeft recht op korting bij aanschaf van producten in de Health shop. In de Health shop zijn producten verkrijgbaar op het gebied van gezondheid en leefstijl in de volgende categorieën:
 - Lekker bewegen;
 - Meten en testen;
 - Gezond en mooi;
 - Op reis;
 - Comfort;
 - Veiligheid en Kennis.
- als u recht heeft op vergoeding van een hulpmiddel uit het Achmea reglement Hulpmiddelen, kunt u dit hulpmiddel bestellen in de Health shop.

Voorwaarde voor vergoeding

Bij uw bestelling in de Health shop van een hulpmiddel waarvoor u vergoeding uit het Achmea reglement Hulpmiddelen krijgt, moet u uw door ons afgegeven machtigingsnummer vermelden.

Artikel 72 Korting op hulpmiddelen

Achmea health

U heeft recht op korting bij aanschaf van hulpmiddelen in de winkels van Welzorg. Deze afspraak geldt niet voor hulpmiddelen waarop u volgens het Achmea reglement Hulpmiddelen aanspraak kunt maken en niet voor zogenoemde autoaanpassingen en kindershulpmiddelen.

U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/pasje.

Wij kunnen u informeren over de voor u geldende kortingen.

Artikel 73 Advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties

Achmea health

Wij vergoeden aan zorgbehoevende verzekerden een gedeelte van de kosten van advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties in Spanje. Wij vergoeden € 50,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Het advies, de bemiddeling en begeleiding moet worden gegeven door Zorg Vakantie Plan.

