

Basis-, Uitgebreid- en Optimaalverzekering

Aanvullende verzekeringen

Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
- 2 Omvang van de verzekering
- 3 Uitsluitingen
- 4 Algemeen
- 5 Verplichtingen van verzekeringnemer en/of verzekerde
- 6 Premie
- 7 Wijziging van premie en/of voorwaarden
- 8 Duur en einde van de verzekering
- 9 Klachten

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 De Amersfoortse

NV Amersfoortse Zorgverzekering Maatschappij gevestigd te Amersfoort.

1.2 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met De Amersfoortse is aangegaan.

1.3 Verzekerde

Degene die als verzekerde staat ingeschreven krachtens de verzekeringsovereenkomst tussen de verzekeringnemer en De Amersfoortse.

1.4 Premie

De premie die verschuldigd is krachtens deze voorwaarden.

1.5 Hulpverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke of rechtspersoon die als bevoegde verlener van de betreffende zorg bij de bevoegde (overheids)instanties geregistreerd staat.

1.6 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International.

Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam.

Telefoon: +31-(0)20-651 51;

Telefax +31-(0)20-651 51 09.

2 Omvang van de verzekering

a Voor elke op de polis genoemde verzekerde wordt een (gedeeltelijke en/of aanvullende) vergoeding verleend van kosten verbonden aan de hierna genoemde voorzieningen, mits en zolang deze medisch noodzakelijk zijn, en voor zover verzekerd.
b Behalve wanneer uitdrukkelijk anders bepaald gelden de hierna genoemde voorzieningen voor de aanvullende verzekering Basis, Uitgebreid en Optimaal.

c Met inachtneming van hetgeen elders in de voorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de rechtsgeldige tarieven vergoed.

d Indien deze verzekering een aanvullende verstrekking of vergoeding verleent als aanvulling op een verstrekking of vergoeding krachtens een bij De Amersfoortse ondergebrachte ziektekostenverzekering, wordt deze alleen betaald indien de verzekerde daadwerkelijk recht heeft op de desbetreffende verstrekking of vergoeding.

2.1 Tandheelkundige hulp indien aanspraak bestaat krachtens het aanvullende verzekering Uitgebreid.

2.1.1 Kronen, bruggen en prothetische hulp

Vergoeding wordt verleend voor:

- gegoten kroon, porselein op metalen kroon, porseleinen jacket kroon;
- gegoten stiftopbouw in combinatie met een kroon;
- brugdeel;
- etsbrug;
- facing;
- wortelkap;
- magneten of drukknopbevestiging per kaak;
- prothetische hulp inclusief frame-prothese, rebasing, reparaties etc. niet zijnde een kunstgebit volgens de Regeling hulpmiddelen 1996.

De voorwaarden zijn:

- De hulp dient te worden verleend door een tandarts algemeen practicus;
- Voor zover er sprake is van prothetische hulp kan hulpverlening eveneens plaatsvinden door een erkend tandprotheticus.

De vergoeding bedraagt 50% van de kosten. Bij het vaststellen van de vergoeding wordt geen onderscheid gemaakt tussen honorarium en techniekkosten.

2.1.2 Overige tandheelkundige behandelingen en kunstgebit

Vergoeding van 75% van de kosten van overige tandheelkundige behandelingen (vullingen e.d.) door een tandarts algemeen practicus, inclusief orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder en exclusief orthodontie voor verzekerden tot en met 17 jaar.

75 % van de eigen bijdrage voor een kunstgebit volgens de Regeling hulpmiddelen 1996.

Verwijzing: ja, voor behandeling door een mondhygiënist: vooraf, door de tandarts.

Voorwaarden:

- het betreft tandheelkundige hulp voor zover deze niet is opgenomen in de hoofdverzekering.
- vergoed worden uitsluitend behandelingen door in Nederland gevestigde tandartsen.

De vergoeding voor de onder artikel 2.1.1. en 2.1.2 vermelde behandelingen bedraagt samen maximaal f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.1.3 Orthodontische behandelingen

Vergoeding van 75% van de kosten voor orthodontische behandelingen met een maximum van f 3.000,- per verzekerde tot en met 17 jaar éénmalig voor de gehele duur van de verzekering.

Techniekkosten bij vervanging van apparatuur komen niet voor vergoeding in aanmerking. Geen vergoeding wordt verleend van kosten welke verband houden met orthodontische behandeling in geval van geheel of nagenoeg geheel esthetische indicaties.

Voorwaarden:

- het betreft behandelingen door in Nederland gevestigde tandartsen en orthodontisten;
- uit de nota dient duidelijk de eventuele techniekkosten bij vervanging van apparatuur te blijken;
- de verzekerde dient de leeftijd van 18 jaar nog niet te hebben bereikt.

2.2 Tandheelkundige hulp indien aanspraak bestaat krachtens de aanvullende verzekering Optimaal.

2.2.1 Kronen, bruggen en prothetische hulp

Vergoeding wordt verleend voor:

- gegoten kroon, porselein op metalen kroon, porseleinen jacket kroon;

- gegoten stiftopbouw in combinatie met een kroon;
- brugdeel;
- etsbrug;
- facing;
- wortelkap;
- magneten of drukknopbevestiging per kaak;
- prothetische hulp inclusief partiële protheses, rebasing, reparaties etc., niet zijnde een kunstgebit volgens de Regeling hulpmiddelen 1996.

Voorwaarden:

- De hulp dient te worden verleend door een hulpverlener tandarts algemeen practicus;
- Voor zover er sprake is van prothetische hulp kan hulpverlening eveneens plaatsvinden door een erkend tandprotheticus.

De vergoeding bedraagt 75% van de kosten. Bij het vaststellen van de vergoeding wordt geen onderscheid gemaakt tussen honorarium en techniekkosten.

De vergoeding voor de onder artikel 2.2.1 en 2.2.2 vermelde behandelingen bedraagt maximaal f 2.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.2.2 Overige tandheelkundige behandelingen en kunstgebit

Vergoeding van 100% van de kosten van overige tandheelkundige behandelingen (vullingen e.d.) door een tandarts algemeen practicus of door een mondhygiënist, na verwijzing door een tandarts.

100 % van de eigen bijdrage voor een kunstgebit volgens de Regeling hulpmiddelen 1996.

Verwijzing: ja, voor behandeling door een mondhygiënist: vooraf, door de tandarts.

Voorwaarden:

- het betreft tandheelkundige hulp voor zover deze niet is opgenomen in de hoofdverzekering;
- vergoed worden uitsluitend behandelingen door in Nederland gevestigde tandartsen.

De vergoeding voor de onder artikel 2.2.1 en 2.2.2 vermelde behandelingen bedraagt samen maximaal f 2.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.2.3. Orthodontische behandelingen

Vergoeding van 75% van de kosten voor orthodontische behandelingen met een maximum van f 4.500,-, per verzekerde éénmalig voor de gehele duur van de verzekering. Techniekkosten bij vervanging van apparatuur komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Geen vergoeding wordt verleend van de kosten welke verband houden met orthodontische behandeling in geval van geheel of nagenoeg geheel esthetische indicaties.

Voorwaarden:

- het betreft behandelingen door in Nederland gevestigde tandartsen en/of orthodontisten;
- uit de nota dient duidelijk de eventuele techniekkosten bij vervanging van apparatuur te blijken.

2.3 Elektrische epilatie in het gelaat

Na machtiging vooraf wordt een eenmalige vergoeding verleend van 75% van de kosten tot een maximum van f 1250,- bij ernstig ontsierende haargroei in het gelaat bij vrouwelijke verzekerden. Behandeling dient plaats te vinden door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Gedurende de gehele looptijd van de verzekering bestaat slechts éénmalig recht op deze verstrekking.

2.4 Podotherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor 75% van de kosten voor het consult en voor de

behandeling noodzakelijke orthesen (bijvoorbeeld speciaal voetbed en teenstukjes) tot een maximum van f 250,- per verzekerde per kalenderjaar;

- voor behandelingen door in Nederland gevestigde en praktiserende podotherapeuten, aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVP);
- op voorschrift van de behandelend arts.

2.5 Camouflagetherapie

Na machtiging vooraf wordt een éénmalig voor de gehele duur van de verzekering een vergoeding verleend van 75% van de behandelingskosten (inclusief tubes, crèmes en lotions) tot een maximum van f 500,-. De behandeling dient plaats te vinden door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Gedurende de gehele looptijd van de verzekering bestaat slechts éénmalig recht op deze verstrekking.

2.6 Acnébehandeling

Na machtiging vooraf wordt een éénmalig voor de gehele duur van de verzekering een vergoeding verleend van 75% van de behandelingskosten (inclusief tubes, crèmes en lotions) tot een maximum van f 500,- bij een ernstige vorm van acne.

De behandeling dient plaats te vinden door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Gedurende de gehele looptijd van de verzekering bestaat slechts éénmalig recht op deze verstrekking.

2.7 Psychologische hulp in de eerste lijn

Vergoeding wordt verleend tot een bedrag van f 75,- per zitting voor maximaal 10 zittingen per jaar, uitsluitend voor verzekerden van 18 jaar en ouder en onder de volgende voorwaarden:

- indien er sprake is van een problematiek die een kortdurende behandeling vraagt en naar redelijke verwachting door een eerstelijnspsycholoog binnen het maximale toegestane aantal van 10 zittingen kan worden opgelost;
- uitsluitend indien de hulp wordt verleend door een erkende eerstelijnspsycholoog;

Verwijzing: ja, vooraf door de behandelende arts

2.8 Kuuroorden

Vergoeding wordt verleend voor:

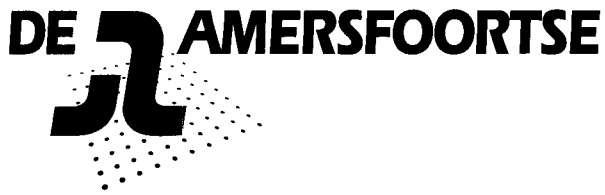
- verzekerden die lijden aan psoriasis, behandeling in een psoriasisbehandelingscentrum: 75% van de behandelingskosten tot een maximum van f 1.400,-; alsmede de reiskosten, op basis van de reisafstand, te bepalen aan de hand van de postcodes van de PTT. Vergoed wordt f 0,20 per kilometer tot een maximum van f 800,-;

- verzekerden die lijden aan ziekten van het bewegingsapparaat, zoals onder meer de ziekte van Bechterew, arthrosis, reumatische aandoeningen e.d. kunnen in aanmerking komen voor een kuurreis naar Hongarije, georganiseerd door de Stichting Interkuur;

- de behandelingskosten onder aftrek van een eigen bijdrage van f 500,- per reis; de reiskosten van en naar het vliegveld worden niet vergoed;

Recht op deze verstrekkingen bestaat onder de volgende voorwaarden:

- er dient vooraf een medische aanvraag bij De Amersfoortse te worden ingediend door de behandelend arts;
- De Amersfoortse beoordeelt, gehoord het advies van de adviserend geneeskundige, of toestemming wordt verleend;
- verzekerden die een psoriasis kuurbehandeling ondergaan, dienen hun medewerking te verlenen aan



een evaluerend onderzoek door haar medisch adviseur van De Amersfoortse.

2.9 Lymfedrainage en oedeemtherapie

Vergoeding wordt verleend:

- 75% van de behandelingskosten (inclusief tubes, crèmes en lotions) met een maximum van f 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
 - indien er sprake is van een algemeen erkende indicatie voor therapeutische manuele oedeemtherapie;
 - mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts en na voorafgaande toestemming;
- Vergoed worden uitsluitend behandelingen door in Nederland gevestigde en praktizerende huidtherapeuten, aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van huidtherapeuten.

2.10 Verblijfkosten stottertherapie

Vergoeding van 75% van de kosten voor intern verblijf ingeval van stottertherapie volgens de Doetinchemse methode voor zover geen samenloop met andere stottertherapieën.

2.11 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot en met 15 jaar

Vergoeding van f 12,50 per dag bij verblijf in een Therapeutisch kamp na vooraf verleende toestemming.

2.12 Del Ferro-therapie of Hausdorfer-therapie

Vergoeding eenmalig 75% van de behandelingskosten, éénmalig voor de gehele duur van de verzekering. Er dient vooraf toestemming te worden verleend op basis van een door de behandelend arts ingediende aanvraag.

2.13 Brillenglazen of contactlenzen

Vergoeding wordt verleend:

- bij aflevering van meerfocus glazen of contactlenzen (glazen of lenzen met een zogenaamd lees en veraf gedeelte) maximaal f 50,- per zijde;
- éénmaal per 24 opvolgende maanden.

Uitgesloten van vergoeding:

glazen of lenzen die geen correctiefunctie hebben dan wel bedoeld zijn als zogenaamde beeldschermbril.

2.14 Eigen bijdrage borstprothese

Vergoeding wordt verleend voor:

- de wettelijke eigen bijdrage met een maximum van f 100,- bij aanschaffing van een borstprothese en de kosten van noodzakelijke plakstrips voor de bevestiging van de borstprothese;

2.14.1 Eigen bijdrage pruik

- de wettelijke eigen bijdrage met een maximum van f 100,- bij aanschaffing van een pruik;

2.15 Plaswekkers

Vergoeding wordt verleend:

- voor de huurkosten (inclusief de bandages) gedurende twee maanden;
- voor kinderen van 5 jaar en ouder;
- mits op voorschrift van de behandelend arts;
- in uitzonderingsgevallen voor een verlenging voor maximaal twee maanden na voorafgaande goedkeuring door De Amersfoortse.

2.16 Steunzolen

Vergoeding tot maximaal f 50,- per paar wordt verleend onder de volgende voorwaarden:

- er dient een medisch voorschrift aanwezig te zijn;
- de verstrekking plaatsvindt door een erkend podotherapeut, orthopedisch schoenmaker of orthopedisch instrumentmaker.

2.17 Steunpessaria

Bij aanschaf op medisch voorschrift, vergoeding van

de aanschaffingskosten.

2.18 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Vergoeding van de huur of in bruikleengeving voor een periode van maximaal 6 maanden voor kinderen jonger dan 1 jaar, bij verblijf in de thuissituatie. Vooraf dient goedkeuring te zijn verleend op basis van een aanvraag van de behandelend arts.

2.19 Anti-decubitusmateriaal

Indien geen aanspraak meer kan worden gemaakt op deze vergoeding ingevolge reguliere regelingen kunnen deze middelen na voorafgaande goedkeuring in bruikleen worden verstrekt. Er dient sprake te zijn van een langdurige behoefte aan anti-decubitusmateriaal.

2.20 Herstellingsoord

Na voorafgaande machtiging wordt voor het verblijf in een erkend herstellingsoord voor somatische zieken een vergoeding verleend van 75% van de kosten tot maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

2.21 Kraampakket en buzzerservice

Recht op deze verstrekking bestaat onder de volgende voorwaarden:

- de verzekerde ontvangt na inzending van een daartoe strekkende aanvraag welke verkrijgbaar is bij de verloskundige of huisarts een kraampakket in natura ten behoeve van de bevalling;
- de verzekerde dient op het moment van verstrekking in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap krachtens deze voorwaarden als verzekerde te staan geregistreerd bij De Amersfoortse.

Voor de buzzerservice dient in elk geval één van de ouders aanspraken te hebben krachtens de aanvullende verzekering Basis, Uitgebreid en Optimaal.

De verzekerde kan 5 weken voor de uitgerekende bevallingsdatum een buzzer (pieper) in bruikleen krijgen. De verzekerde dient daarvoor uiterlijk 6 weken voor de uitgerekende bevallingsdatum een aanvraag in te dienen bij De Amersfoortse. Indien gewenst kan De Amersfoortse vragen om een zwangerschapsverklaring van huisarts, verloskundige of gynaecoloog. Een week na de bevalling dient de buzzer bij De Amersfoortse te worden geretourneerd.

2.22 Kraamzorg

- Vergoeding van 50% van de wettelijke eigen bijdrage op de kraamzorg;
- Vergoeding van 50% van de eigen bijdrage op de verpleegdagen bij een medisch noodzakelijke bevalling in een ziekenhuis.

2.23 Reiskosten ziekenbezoek

Vergoeding wordt verleend onder de volgende voorwaarden:

- het betreft reiskosten in verband met ziekenbezoek aan een bij deze verzekering ingeschreven verzekerde;
- de minimale opnameduur is 14 dagen;
- vergoeding vindt plaats op basis van de reisafstand, te bepalen aan de hand van de postcodetabel van de PTT. Vergoeding van f 0,20 per kilometer en is gebaseerd op een ingediend kostenoverzicht;
- vergoeding wordt verleend voor maximaal één bezoek per twee opnamedagen;
- het bezoek moet een verzekerde betreffen die is opgenomen in een in Nederland gelegen instelling op meer dan 40 kilometer van de eigen woonplaats,

waarin verpleging of behandeling ten laste van de ziektekostenverzekering plaatsvindt, dan wel gedurende het eerste jaar van opname ten laste van de AWBZ in een psychiatrisch ziekenhuis. Verzekerden woonachtig in Zeeuwsch-Vlaanderen en opgenomen in het Algemeen Ziekenhuis St. Jan te Brugge (B) of het Universitair Ziekenhuis te Gent (B) kunnen eveneens aanspraak maken op deze regeling.

-de kosten worden betaald aan de opgenomen verzekerde.

2.24 Logeerhuis bij opname (o.a. Ronald McDonaldhuis)

Recht op deze vergoeding bestaat onder de volgende voorwaarden:

- het betreft verblijfskosten van inwonende gezinsleden in een aan een ziekenhuis verbonden en daartoe erkend logeerhuis in verband met een opname van een bij deze verzekering ingeschreven verzekerde die langer dan 14 dagen is opgenomen;
- vergoeding vindt plaats op basis van 75% van de kosten met een maximum van f 50,- per dag (voor alle verzekerden tezamen) en is gebaseerd op een ingediend kostenoverzicht gedurende maximaal 1 jaar;
- het bezoek moet een aanvullend verzekerd gezinslid betreffen die is opgenomen in Nederland gelegen instelling op meer dan 40 kilometer van de eigen woonplaats, waarin verpleging of behandeling ten laste van de ziektekosten-verzekering plaatsvindt;
- de vergoeding gaat bij een langer verblijf dan 14 dagen in vanaf de eerste dag van opname;
- kortdurende opnamen binnen een kalenderjaar kunnen voor de vaststelling van de periode van 14 dagen worden samengevoegd.

2.25 Reiskosten voor ziekenbezoek bij opname in het Astmacentrum te Davos

Vergoeding vindt plaats op basis van 75% van de kosten per trein, laagste klasse, voor maximaal twee personen, éénmaal per periode van 3 maanden opname. Er dient vooraf toestemming te worden verleend.

2.26 Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding wordt verleend:

- indien geen aanspraak meer bestaat op behandeling ten laste van de ziektekostenverzekering;
- voor maximaal 9 behandelingen fysiotherapie per indicatie per kalenderjaar;
- voor maximaal 9 behandelingen oefentherapie Cesar of Mensendieck per kalenderjaar;
- indien deze behandelingen voor dezelfde indicatie worden verleend direct aansluitend op de behandelingen ten laste van de ziektekostenverzekering;
- indien deze behandelingen plaatsvinden door een hulpverlener als omschreven in artikel 1.5 van de begripsomschrijvingen.

Nota's voor toeslagen voor manuele therapie komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.27 Bijzondere voedingsmiddelen

Vergoeding wordt verleend:

- bij medisch geïndiceerde vloeibare kant- en klare voeding bij terminale thuiszorg of medisch geïndiceerde sondevoeding bij thuisverpleging, inclusief toedieningssystemen;
- voor zover geen vergoeding kan worden verleend krachtens de Ziektekostenverzekering;
- mits op voorschrift van de behandelend arts en na voorafgaande toestemming.

Vergoeding:

- per dag maximaal f 15,- gedurende maximaal 3 maanden voor vloeibare kant- en klare voeding of
- per dag maximaal f 30,- gedurende maximaal 3 maanden voor sondevoeding inclusief toedieningssystemen.

2.28 Wondverzorging

Vergoeding van 75% van de kosten, na voorafgaande machtiging aan de hand van een medische indicatie door de behandelend arts, van zelfverzorgingsartikelen (bijvoorbeeld steriele handschoenen) voor wondverzorging na een opname.

2.29 Second opinion

Vergoeding 100% van de kosten na verwijzing van de huisarts naar een second opinion bureau, dan wel een na verwijzing door de behandelend tandarts naar het TIP (= bureau voor second opinion tandheelkundige behandeling) via de Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Tandheelkunde.

2.30 Alternatieve geneeswijzen

Voor alle hierna genoemde verstrekkingen tezamen geldt een vergoeding 100% van de kosten tot een maximum van f 500,- per kalenderjaar. Er kan geen aanspraak op vergoeding van de volgende kosten worden gemaakt:

- reiskosten van en naar de behandelend arts;
- kosten van behandelingen welke als reguliere verstrekking krachtens de ziektekostenverzekering kunnen worden aangemerkt en op grond waarvan reeds op die basis een vergoeding kan worden verleend;
- kosten van behandelingen welke niet als algemeen aanvaard binnen de betreffende beroepsgroep kunnen worden aangemerkt. De volgende alternatieve geneeswijzen komen voor deze vergoeding in aanmerking voor zover de betreffende arts niet kan worden aangemerkt als de eigen huisarts.

2.30.1 Acupunctuur

Voorwaarden:

- hulpverlening door een in Nederland gevestigde arts of tandarts die praktizeert als acupuncturist;
- hulpverlening door een in Nederland gevestigde acupuncturist die lid is van een in Nederland erkende beroepsvereniging.

Vergoeding:

- consult- en/of behandel tarief;
- geneesmiddelen, indien aan navolgende voorwaarden is voldaan:
 - het recept is uitgeschreven door de arts/tandarts als praktiserend acupuncturist die lid is van een in Nederland erkende beroepsvereniging.
 - de middelen zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts;
- Niet vergoed worden ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, vitaminen, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.

2.30.2 Natuurgeneeswijzen

Voorwaarden:

- hulpverlening door een in Nederland gevestigde arts die praktizeert als natuurarts.

Vergoeding:

- consult- en/of behandel tarief;
 - de door de natuurarts voorgeschreven medicijnen en de middelen geleverd worden door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.
- Uitgesloten van vergoeding:
- Ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, vitaminen, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.



Basis-, Uitgebreid- en Optimaalverzekering

2.30.3 Manuele geneeskunde, orthomanipulatie of Chiropractie

Voorwaarden:

- hulpverlening door een in Nederland gevestigde arts die praktizeert als arts voor manuele geneeskunde;
- hulpverlening door een in Nederland gevestigde arts die praktizeert als arts voor orthomanipulatie;
- hulpverlening door een in Nederland gevestigde chiropractor die lid is van een erkende beroepsvereniging.

Vergoeding:

- consult- en/of behandeltrafief inclusief de röntgen- en laboratoriumonderzoeken, mits door behandelaar zelf verricht;
- geneesmiddelen mits het recept is uitgeschreven door de arts of manueel geneeskundige die lid is van een in Nederland erkende beroepsvereniging.
- de middelen geleverd worden door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitgesloten van vergoeding:

- Ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, vitaminen, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.

2.30.4 Homeopathie

Voorwaarden:

- hulpverlening door een in Nederland gevestigde arts die praktizeert als homeopathisch arts;
- hulpverlening door een in Nederland gevestigde homeopathisch zorgverlener die lid is van een in Nederland erkende beroepsvereniging.

Vergoeding:

- consult- en/of behandeltrafief;
- geneesmiddelen mits het recept is uitgeschreven door de homeopathische arts en de middelen geleverd worden door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

2.30.5 Antroposofie

Voorwaarde:

- hulpverlening door een in Nederland gevestigde arts die praktizeert als antroposofisch arts.

Vergoeding:

- consult- en/of behandeltrafief;
- geneesmiddelen mits het recept is uitgeschreven door de antroposofisch arts en de middelen geleverd worden door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts;
- laboratoriumonderzoeken door het Bolkinstituut of Bilan te Zeist.

Uitgesloten van vergoeding:

- Ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, vitaminen, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen en therapieën als yoga, kunstzinnige therapieën etc.

2.30.6 Osteopathie

Voorwaarden:

- een in Nederland gevestigde arts die praktizeert als arts voor osteopathie;
- een in Nederland gevestigde hulpverlener die lid is van een erkende beroepsvereniging.

Vergoeding:

- consult en/of behandeltrafief;

2.31 Kosten vaccin en medicatie buitenland

Vergoeding wordt verleend:

- als door de betreffende landen en/of door de geneeskundige inspectie vaccinatie (hepatitis A en B, DTP, gele koorts, cholera, meningococci) en/of medicatie (malaria) verplicht wordt bij tijdelijk verblijf in risicogebieden;

- uit de nota dient duidelijk het toegediende vaccin en/of de preventieve medicatie te blijken;

- er dient sprake te zijn van verstrekking door de GGD, de huisarts, het Havenziekenhuis te Rotterdam of de Travel Clinic op Schiphol.

De vergoeding bedraagt 100% van de kosten tot maximaal f 150,- per kalenderjaar van het vaccin of de preventieve medicatie.

- Uit de nota dient duidelijk het toegediende vaccin en/of preventieve medicatie te blijken.

Niet vergoed worden zelfzorgmiddelen.

2.32 Ziektekosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Vergoed worden 100% van de kosten van geneeskundige behandeling gedurende maximaal 90 dagen en/of

medisch noodzakelijke repatriëring wegens ziekte of een aandoening die zich voor het eerst openbaart en spoedeisende medisch hulp noodzakelijk maakt binnen

Europa, Madeira, Canarische Eilanden, de Azoren, de Kaap Verdische Eilanden en niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee (Algerije, Cyprus, Egypte, Israël, Libanon, Libië, Malta, Marokko, Syrië, Tunesië en Turkijë). Wordt een verzekerde in het dekkingsgebied in een ziekenhuis opgenomen, of indien de verzekerde overlijdt, is men verplicht dit

terstond telefonisch te melden aan de alarmcentrale SOS International. Indien in overleg met SOS International repatriëring van verzekerde

medisch noodzakelijk is, omdat behandeling ter plekke om medische redenen niet mogelijk is en SOS International zorgt voor het vervoer en begeleiding van verzekerde naar Nederland, komen de hieraan verbonden kosten voor rekening van De Amersfoortse.

Aanvullende bepalingen:

- Indien de schade is ontstaan als gevolg van een wedstrijd sport wordt deze niet vergoed.

- de kosten van tandheelkundige hulp worden uitsluitend vergoed bij directe pijnklachten voor maximaal f 750,-.

- Telefoonkosten voor melding van een ziekenhuisopname of van een overlijden aan de SOS International worden vergoed tegen overlegging van de nota.

- Vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland na overlijden in een van bovengenoemde landen wordt eveneens vergoed.

2.33 Verhaalsbijstand

De verzekerden kunnen gebruik maken van verhaalsbijstand tot een maximaal bedrag van f 10.000,-

bij het verhalen van materiële schade als gevolg van een de door de verzekerden geleden letselschade en/of inkomensderving ten gevolge van een ongeval, met uitzondering van schade voortvloeiende uit medische kunstfouten. De bijstand zal worden verleend zowel in als buiten rechte en omvat alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten met uitzondering van de kosten van getuigen. De bijstand wordt verleend in Nederland.

De verhaalsbijstand wordt alleen verleend indien:

- er sprake is van een wettelijk aansprakelijke derde of een derde die naar burgerlijk recht aansprakelijk is;

- de verzekerde voor (een deel van) die schade aanspraak heeft op een uitkering op grond van de Ziekenfondswet, ziektekostenverzekering, AWBZ of anderszins;

- er sprake is van een ongeval ontstaan binnen de looptijd van de verzekering.

2.34 Blessureconsult

Vergoeding wordt verleend van de kosten van een blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), maximaal tweemaal per kalenderjaar.

2.35 Cursussen

Mits gegeven door een kruisvereniging worden de kosten van cursussen vergoed, indien deze betrekking hebben op:

- stoppen met roken
- shantala babymassage
- EHBO voor ouders met kinderen
- meer bewegen voor chronisch zieken of ouderen.
- slank je fit
- postnatale gymnastiek

Vergoeding wordt verleend:

- maximaal één cursus per kalenderjaar;
- maximaal f 75,- per cursus echter niet meer dan de cursusprijs van de betreffende kruisvereniging;
- bedragen minder dan f 25,- (franchise) worden niet vergoed.

3 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van schade of verhaalsbijstand kan worden gemaakt:

3.1 voor ziekten of afwijkingen, welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering, terwijl de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond.

Het bovenstaande is niet van toepassing:

- indien De Amersfoortse van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte is gebracht en De Amersfoortse daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld;

3.2 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd;

3.3 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortvloeiend uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;

3.4 de uitsluiting onder artikel 3.3 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten en kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979 225). Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt dit artikel geen toepassing;

3.5 indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde, zo de in deze algemene voorwaarden geregelde verzekering niet bestond, aanspraak op

vergoeding van de verzekerde kosten, verstrekking of verhaalsbijstand kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- een regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- een andere overeenkomst waaronder inbegrepen een rechtsbijstandverzekering. In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen die kosten voor vergoeding in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden.

4 Algemeen

4.1 Grondslag van de verzekering

Tenzij anders is overeengekomen gelden het volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier met de daarin door de verzekerde gedane al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventueel daarbij afzonderlijk verstrekte schriftelijke gegevens, en indien medisch onderzoek heeft plaatsgehad de door de verzekerde bij dat onderzoek verstrekte gegevens als grondslag van deze verzekering en worden deze geacht met de verzekeringsovereenkomst een geheel uit te maken. De Amersfoortse is, conform artikel 251 van het Wetboek van Koophandel, bevoegd de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de overeenkomst in te roepen en is dan generlei vergoeding van kosten verschuldigd indien de verstrekte gegevens in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten indien De Amersfoortse daarvan kennis had gedragen.

4.2 Begin en einde van het recht op vergoeding

Verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

4.3 Geldigheidsduur machtigingen

De geldigheidsduur van een afgegeven machtiging is tot maximaal 1 jaar na datum afgifte, tenzij anders in deze voorwaarden wordt bepaald. Na het verstrijken van deze periode dient een nieuwe aanvraag te worden ingezonden. De geldigheidsduur van een afgegeven machtiging vervalt eveneens per de datum van beëindiging van deze verzekering.

4.4 Privacyreglement

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door De Amersfoortse gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing hetgeen bij De Amersfoortse ter inzage ligt.

4.5 Adres

Kennisgevingen door De Amersfoortse aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan diens laatst bij De Amersfoortse bekende adres.

5 Verplichtingen van verzekeringnemer en/of verzekerde

5.1 Verplichtingen bij schade

De verzekeringnemer respectievelijk verzekerde is verplicht:



- alle originele nota's of kwitanties binnen één jaar na behandel- of leveringsdatum bij De Amersfoortse in te dienen;
- alle nota's op zodanige wijze te specificeren dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding De Amersfoortse is gehouden en op welke wijze De Amersfoortse deze dient uit te keren. Er vindt geen uitkering in contanten plaats;
- desgevraagd aan De Amersfoortse, haar geneeskundig adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen;
- De Amersfoortse behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.

5.2 Verplichtingen bij wijziging risico

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst ten spoedigste doch uiterlijk binnen 30 kalenderdagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan De Amersfoortse mede te delen. Zodanige wijzigingen zijn onder meer:

- het van kracht worden of eindigen van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere wettelijke dan wel publiekrechtelijke regeling;
- verhuizing, huwelijk, scheiding, aangaan of beëindiging van een samenlevingsverband, geboorte, overlijden, het duurzaam opnemen van een pleeg- of adoptief kind in het gezin van verzekeringnemer, etc.

5.3 Bij het niet nakomen van de in artikel 5.1 en 5.2 bepaalde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding van schade worden gemaakt.

6 Premie

6.1 Premiebetaling

De premie dient bij vooruitbetaling te worden voldaan. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van De Amersfoortse te vorderden vergoeding(en). Per gezin betaalt men voor alle verzekerden vanaf de leeftijd van 18 jaar de door De Amersfoortse vastgestelde premie.

6.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan De Amersfoortse de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 kalenderdagen gerekend vanaf de premievervaldag onder mededeling dat bij niet-voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de premievervaldag. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen. Indien De Amersfoortse maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle kosten van de invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

7 Wijziging van premie en/of voorwaarden

7.1 De Amersfoortse heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van de bij hem lopende verzekeringsovereenkomsten en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging

Basis-, Uitgebreid- en Optimaalverzekering

geschiedt voor iedere verzekeringsovereenkomst op een door De Amersfoortse vast te stellen datum. De Amersfoortse doet van de voorgenoemde wijziging mededeling aan de verzekeringnemer, eventueel op de premiekwitanties. De verzekeringnemer heeft het recht niet akkoord te gaan met deze wijziging.

7.2 Indien de verzekeringnemer niet akkoord gaat en hiervan voor de datum van de wijziging De Amersfoortse schriftelijk kennis geeft, eindigt de verzekering per de datum van wijziging. Heeft De Amersfoortse geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7.3 De in 7.2 genoemde mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:

- bij een herziening van de premie en/of voorwaarden die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- indien overheidsmaatregelen hiertoe aanleiding geven;
- bij een premieverlaging en/of uitbreiding van de dekking.

8 Duur en einde van de verzekering

8.1 De verzekering is aangegaan voor een periode van 1 jaar vanaf de ingangsdatum zoals genoemd in de polis, tenzij in het dekkingsoverzicht uitdrukkelijk anders is vermeld en wordt daarna telkens stilzwijgend voor eenzelfde periode verlengd, tenzij de verzekeringnemer ten minste 2 maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk bij De Amersfoortse heeft opgezegd;

8.2 De Amersfoortse mag de verzekering niet beëindigen, behoudens:

- in geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeringnemer;
- in gevallen van verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 4.1;
- in geval van schorsing als bedoeld in artikel 6.2;
- bij beëindiging van rechtswege of door opzegging van de verzekeringnemer van zijn of haar, AWBZ verzekering, enigerlei Standaardpakketpolis of een bij De Amersfoortse ondergebrachte ziektekostenverzekering;
- in overige, door De Amersfoortse bepaalde gevallen.

8.3 Verder eindigt de verzekering voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze geen Nederlands ingezetene meer is, tenzij de verzekeringnemer bij De Amersfoortse als 'grensarbeider' is geregistreerd op basis van enige internationale verdragsregeling.

9 Klachten

Voor klachten naar aanleiding van deze verzekering dient u zich in eerste instantie te wenden tot de afdeling Cliëntenservice, telefoon (033) 4642555. Wanneer het oordeel voor u niet bevredigend is, kunt u zich vervolgens wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen of de Raad van Toezicht, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Wie geen gebruik maakt van deze mogelijkheden, of de behandeling niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de rechter.