

---

# **UW ZORGVERZEKERING 2015 WAAR BENT U VOOR VERZEKERD?**

---

---

## **INHOUDSOPGAVE:**

---

1. Zorgverzekeringen van De Amersfoortse
2. Wijzigingen 2015
3. Vergoedingenoverzicht
4. Polisvoorwaarden aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen

# ZORGVERZEKERINGEN VAN DE AMERSFOORTSE

## Snel de juiste zorg. Altijd vrije keuze

### Vrije keuze

Bij De Amersfoortse kiest u altijd zelf naar welke huisarts, apotheek of ziekenhuis u gaat. Kiest u voor een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan ontvangt u van ons een vergoeding gelijk aan het tarief dat wij met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners vindt u op [www.amersfoortse.nl/zorg](http://www.amersfoortse.nl/zorg).

### Snel de juiste zorg met Managed Care

Als u zorg nodig heeft, dan wilt u snel en goed geholpen worden. Onze verpleegkundigen van Managed Care hebben jarenlange ervaring binnen de ziekenhuiswereld. Zij weten wat er speelt in de zorg. Binnen 24 uur geven zij antwoord op uw zorgvraag. En ze zorgen ook voor wachtlijstbemiddeling. Dat scheelt u zomaar 3 tot 6 weken.

### Uitgebreide dekkingen

De Amersfoortse kiest voor kwaliteit. Wat u nodig heeft, staat bij ons voorop. Daarom hebben al onze verzekeringen uitgebreide dekkingen. Wij hebben alle informatie overzichtelijk voor u gerangschikt in onze polisvoorwaarden en reglementen. Zo vindt u snel de informatie die u nodig heeft.



### Wildcard van € 1.000,-

Zeker na een ongeval kunt u wel wat extra ondersteuning gebruiken. Dat is het idee van de Wildcard: een eenmalige vergoeding voor zorg die uw verzekering normaal niet vergoedt. Zo bent u sneller weer op de been. De Wildcard ontvangt u bij een basis- met aanvullende verzekering van De Amersfoortse. In 2015 verhogen we de maximale vergoeding van € 250,- naar € 1.000,-.

### Mijn Amersfoortse: uw persoonlijke omgeving online

In uw eigen online omgeving declareert u snel en veilig. U ziet direct uw zorgverbruik en de stand van uw eigen risico. Ook heeft u er uw eigen digitale postvak met alle actuele berichten over uw zorgverzekering. Ga naar Mijn Amersfoortse op [www.amersfoortse.nl/mijnamersfoortse](http://www.amersfoortse.nl/mijnamersfoortse) en log in met uw DigiD.

Tip! Vanaf 2015 declareert u nog eenvoudiger en net zo veilig dankzij onze declaratie-App.

## Wat verandert er in 2015?

### Onze verzekeringen worden eenvoudiger

We maken het graag eenvoudiger voor u en stoppen daarom met de collectiviteitskortingen.

Ook verdwijnt de korting bij betaling per kwartaal of halfjaar. Wel krijgt u nog 2% betalingskorting als u voor een heel jaar ineens betaalt.

### We voeren een leeftijdsafhankelijke premie in

Om zorg nu en in de toekomst betaalbaar te houden voeren we bij onze aanvullende en tandartsverzekeringen een leeftijdsafhankelijke premie in. Bent u tussen 18 en 25 jaar, dan gaat u er relatief het meest op vooruit. In de meeste gevallen geldt dat ook als u tussen 25 en 40 jaar bent. Bent u tussen 40 en 55 jaar, dan verandert er voor u in de meeste gevallen niets. Bent u 55 jaar of ouder betekent de premie-aanpassing dat u er iets op achteruit gaat.

Wat niet verandert: ook in 2015 zijn kinderen tot 18 jaar gratis meeverzekerd op basis van dezelfde aanvullende verzekering als de verzekeringnemer.

### Wijzigingen aanvullende verzekeringen



We zijn trots op de introductie in 2015 van onze aanvullende verzekering Compact! Jonge verzekerden tussen 18 en 24 jaar betalen voor Compact maar € 1,- premie per maand. In het vergoedingenoverzicht leest u welke dekkingen Compact biedt.

De namen en dekkingen veranderen van de Aanvullende verzekeringen Jongeren en TotaalZorg. Heeft u bij ons een Aanvullende verzekering die wijzigt, dan zetten wij u over naar een Aanvullende verzekering met een vergelijkbare dekking. Wilt u precies weten waar u in 2015 voor verzekerd bent, kijkt u dan in het vergoedingenoverzicht verderop in deze brochure. Deze aanvullende verzekeringen veranderen:

- Aanvullende verzekering Jongeren wordt Budget
- Tandartsverzekering Tandarts Jongeren wordt Tandarts Extra
- Aanvullende verzekering TotaalZorg wordt Compact + Tandarts Basis
- Aanvullende verzekering TotaalZorg Extra wordt Budget + Tandarts Basis

### Verplicht eigen risico 2015

Ieder jaar stelt de overheid het wettelijk verplicht eigen risico vast voor de basisverzekering. Voor 2015 is dat € 375,-.

U betaalt dus komend jaar zelf de eerste € 375,- aan zorgkosten uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt niet voor alle zorg. In de polisvoorwaarden leest u voor welke zorg u geen eigen risico hoeft te betalen.

Wist u dat u kunt kiezen voor een hoger eigen risico? U verlaagt daarmee de premie van de basisverzekering. Kiest u voor € 500,- vrijwillig eigen risico dan daalt uw basispremie met € 25,- per maand. Vorig jaar was dit nog € 20- per maand.

Aan dit document kunt u geen rechten ontleen. Voor meer informatie over de wijzigingen verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden. Deze kunt u terugvinden op [www.amersfoortse.nl/zorg](http://www.amersfoortse.nl/zorg). U kunt ze ook bij ons opvragen via (033) 464 20 61.

### Wijzigingen in de aanvullende verzekering: Budget, Basis, Uitgebreid en Optimaal

	Aanvulling Budget	Aanvulling Basis	Aanvulling Uitgebreid	Aanvulling Optimaal
<b>Dekking</b>				
Camouflage	Dekking wordt gedurende de tijd dat u met deze verzekering bij ons verzekerd bent (was per kalenderjaar).			
Combinatietest				Dit is een nieuwe dekking. Vergoeding 75% bij een gecertificeerd echoscopist.
Dyslexiezorg			De dekking voor dyslexiezorg vervalt. Voortaan kunt u dyslexiezorg aanvragen bij de gemeente.	
Fysiotherapie				Vergoeding wordt beperkt tot maximaal 36 behandelingen (was onbeperkt).
GeboorteTENS	Vergoeding voor de aanschaf (was huur) van een TENS-apparaat bij GeboorteTENS.			
Halskraag (niet verstevigd)			Deze dekking vervalt. Halskraag wordt vergoed door de zorgverzekering.	
Mammaprint	Dit is een nieuwe dekking. Vergoeding 100% indien uitgevoerd door Laboratorium Agendia en aangevraagd door uw behandelend specialist.			
Overgangsconsulent			Door faillissement van Care for Women geldt alleen nog vergoeding voor overgangsconsulenten die zijn aangesloten bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC).	
Reiskosten ziekenbezoek				De minimale reisafstand van 25 km vervalt. Voortaan dekking vanaf de 5e opnamedag (was vanaf de 1e opnamedag).
Second opinion	Deze dekking vervalt. Second opinion wordt vergoed door de zorgverzekering.			
Therapeutische kampen voor kinderen	De activiteiten van Stichting de Luchtballon zijn overgenomen door Stichting Heppie.			
Wildcard	De eenmalige extra vergoeding bij ongeval door inzet van de Wildcard wordt verhoogd naar € 1.000,- (was € 250,-).			
<b>Dekking preventief</b>				
Preventieve cursussen	Cursus "Diabetes type II" vervalt. Deze cursus wordt niet meer aangeboden door Diabetes Vereniging Nederland, maar vrij van kosten verstrekt door het ziekenhuis.			
Stoppen met roken	Deze dekking vervalt. Stoppen met roken wordt vergoed door de zorgverzekering.			

### Wijzigingen in alle aanvullende zorgverzekeringen

AWBZ	De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vervalt. De verstrekkingen worden deels overgeheveld naar de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).
Fraude	Na bewezen fraude hebben wij de mogelijkheid om u 5 jaar te weigeren voor een zorgverzekering en 8 jaar voor een aanvullende verzekering.
Maximale vergoeding	Vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• het tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;</li> <li>• indien geen gecontracteerd tarief is afgesproken, het Wet Marktordening Gezondheidszorg (maximum-)tarief;</li> <li>• als er geen tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, de in Nederland geldende marktconforme vergoeding.</li> </ul>

## Wijzigingen in de Tandartsverzekering: Jongeren, Basis, Uitgebreid en Optimaal

	Tandarts Basis	Tandarts Extra	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Optimaal
<b>Dekking</b>				
Tandarts Jongeren		Tandarts Jongeren is gewijzigd in Tandarts Extra. Dekking wordt € 500,- (was € 450,-) per kalenderjaar. Reguliere behandelingen worden 100% vergoed (was 75%).		

## Wijzigingen in de Ondernemersmodule en Verzuimdiensten

<b>Dekking</b>	
Snelle diagnostiek	Deze dekking vervalt.
Gezins hulp	De maximale uurvergoeding voor gezins hulp is vastgesteld op € 20,-. De gezins hulp moet worden verleend door een thuiszorgorganisatie met het HKZ keurmerk.
Ergonomisch advies	Deze dekking vervalt.
Trainingen van het houdings- en bewegingsapparaat	De maximale vergoeding wordt € 150,- per kalenderjaar (was 75% van de kosten).
Mantelzorg makelaar	Dit is een nieuwe dekking. Maximaal € 300,- per kalenderjaar voor hulp door een beëdigde mantelzorg makelaar aan mantelzorgers bij mantelzorgvragen.
Preventief Medisch Onderzoek Basis	Dit is een nieuwe dekking. Volledige vergoeding eenmaal per kalenderjaar. Preventief Medisch Onderzoek Basis betreft een algemene screening van de gezondheidstoestand van verzekerde, uitgevoerd door Meditel.
Zaakwaarnemer	Deze dekking vervalt. (Alleen van toepassing op de Ondernemersmodule).

## Wijzigingen in de Zorgverzekering Flexibel

In onderstaand overzicht ziet u de wijzigingen in de dekking van uw zorgverzekering(en). Pas als de Eerste Kamer de wetswijzigingen voor Dyslexiezorg, Generalistische Basis GGZ, Gespecialiseerde GGZ, Verpleging en Verzorging en Zintuiglijk Gehandicaptenzorg goedkeurt, zijn deze wijzigingen definitief. Dit kan ook na 1 januari 2015 zijn. De overige in dit document genoemde wijzigingen gelden per 1 januari 2015.

Onder de noemer Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) vindt er een grote verandering plaats in de langdurige zorg die nu in de AWBZ geregeld is. Krijgt u op dit moment zorg als verpleging en verzorging, Zintuiglijk Gehandicaptenzorg of verblijft u in een GGZ instelling? Dan wijzigt dit in 2015. U kunt meer informatie vinden over deze veranderingen op [www.amersfoortse.nl/hlz](http://www.amersfoortse.nl/hlz).

Dekking	
Dyslexiezorg	De dekking voor dyslexiezorg vervalt. Voortaan kunt u dyslexiezorg aanvragen bij de gemeente.
Farmaceutische zorg	Een aantal orale oncolytica wordt uitsluitend nog door het ziekenhuis geleverd en niet meer door de apotheek. De lijst met de betreffende geneesmiddelen vindt u op <a href="http://www.amersfoortse.nl/zorg">www.amersfoortse.nl/zorg</a> . Ook wordt een twee- of driewekelijkse weekuitgifte van medicijnen mogelijk (was alleen een één wekelijkse weekuitgifte).
Hulpmiddelenzorg	Het Reglement Hulpmiddelen is geheel vernieuwd/aangepast, voorzien van een duidelijke lay-out en de teksten zijn leesvriendelijker gemaakt. Het volledige Reglement vindt u op <a href="http://www.amersfoortse.nl/zorg">www.amersfoortse.nl/zorg</a> .  De wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en contactlenzen wordt verhoogd naar € 55,50 (was € 54,50) per glas/lens met een maximum van € 111,- (was € 109,-) per jaar. De wettelijke eigen bijdrage voor (semi) orthopedische schoenen en allergeenvrije schoenen wordt verlaagd naar € 70,- (was € 71,-) per paar voor verzekerden tot 16 jaar. En voor verzekerden boven de 16 jaar verlaagd naar € 140,50 (was € 141,50) per paar. De maximale vergoeding voor pruiken wordt verhoogd naar € 414,50 (was € 409,-) per jaar. De tegemoetkoming in de gebruikskosten van blindengeleidehonden, ADL-honden en signaalhonden wordt verhoogd naar € 252,- (was € 250,-) per kwartaal.  Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden vallen niet langer onder hulpmiddelenzorg, maar onder medisch specialistische zorg.  Absorberend incontinentiemateriaal afgenomen bij een hulpmiddelenleverancier vergoeden wij voortaan met een vastgesteld tarief per dag (voorheen vergoeding per stuk).  Vergoeding van stroomkosten bij gebruik van een zuurstofconcentrator wordt door gecontracteerde leveranciers per kwartaal en achteraf uitgekeerd aan de verzekerde. De vergoeding wordt vastgesteld op basis van de gebruiksuren van de zuurstofconcentrator.
Generalistische Basis GGZ	De aanspraak op Generalistische Basis GGZ voor verzekerden tot 18 jaar vervalt en is overgeheveld naar de Jeugdwet. GGZ zorg voor kinderen en jeugdigen tot 18 jaar kunt u voortaan aanvragen bij uw gemeente, deze voeren de Jeugdwet uit.  De kinder- en jeugdpsycholoog en de orthopedagoog-generalist zijn geen hoofdbehandelaar meer.  De vergoeding van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt maximaal het gemiddeld contractstarief, zijnde 90% van het NZa-tarief.
Gespecialiseerde GGZ	Een deel van de langdurige GGZ wordt overgeheveld naar de zorgverzekering. Cliënten die op 1 januari 2015 korter dan 1 jaar in een instelling verblijven krijgen de zorg de eerste 3 jaar vergoed vanuit de zorgverzekering. Cliënten die op 1 januari 2015 al een ZP GGZ B indicatie hebben gaan rechtstreeks over naar de Wlz.  Als u aanspraak wil maken op gespecialiseerde ggz langer dan 365 dagen, dan dient u, of uw zorgaanbieder namens u, vooraf een machtiging bij ons aan te vragen. De machtiging dient uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf te worden aangevraagd. De gemotiveerde aanvraag dient te zijn voorzien van een behandelplan van de hoofdbehandelaar.  Verzekerden tot 18 jaar kunnen geen aanspraak meer maken op de Gespecialiseerde GGZ. GGZ zorg voor kinderen en jeugdigen tot 18 jaar kunt u voortaan aanvragen bij uw gemeente.  Voor zorg die geleverd wordt door niet-gecontracteerde instellingen dient u in 2015 ook weer een machtiging aan te vragen. Dit kan hoge eigen kosten voorkomen.  De vergoeding van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt maximaal het gemiddeld contractstarief, zijnde 90% van het maximum NZa-tarief. Voor zorg in relatie tot aan alcohol gebonden stoornissen en aan overige middelen gebonden stoornissen is de vergoeding vastgesteld op 90% van het basis NZa-tarief.
Medisch specialistische zorg: ziekenhuisopname	De maximale duur van een ziekenhuisopname ingevolge de Zvw is verlengd naar 3 jaar (was 1 jaar).

Orgaantransplantaties	Reiskosten van de donor worden niet langer vergoed door de zorgverzekering van de ontvanger van het orgaan, maar door de zorgverzekering van de donor zelf. Hierop wordt geen eigen risico ingehouden.
Revalidatie	Geriatrische revalidatie hoeft niet direct meer aan te sluiten op een ziekenhuisopname. Er is nu maximaal een week bedenktijd.
Stoppen met roken	Stivoro en Meditel zijn gestopt met 'stoppen met roken' behandelingen. U kunt hiervoor nog wel terecht bij huisarts, medisch specialist, verloskundige, gezondheidszorg-psycholoog, Rookvrij! Ook jij? en zorgverleners die staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken.
Verloskundige zorg en kraamzorg	De eigen bijdrage voor kraamzorg wordt verhoogd naar € 4,15 per uur (was € 4,10). De maximale vergoeding per opnamedag wordt verhoogd naar € 117,50 (was € 116,50) voor zowel de moeder als het kind.  De vergoeding van de Combinatietest voor vrouwen vanaf 36 jaar vervalt.  Een vergoeding voor NIPT (Niet Invasieve Prenatale Test) is mogelijk na een combinatietest waarmee is aangetoond dat er een aanmerkelijke kans is op een kindje met een chromosomale afwijking. De Combinatietest wordt alleen vergoed vanuit de zorgverzekering voor vrouwen die door de medische geschiedenis een verhoogd risico hebben op een kindje met het syndroom van Down, Edwards of Patau. Bij vergoeding van NIPT en/of Combinatietest vanuit de zorgverzekering is tevens vergoeding van vlokcentest en vruchtwaterpunctie mogelijk.
Verpleging en verzorging	Verpleging en verzorging is overgeheveld van de AWBZ naar de zorgverzekering. De aanspraak omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Het betreft verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf en het betreft geen kraamzorg. Verpleging en verzorging voor verzekerden van 18 jaar en ouder komt niet voor vergoeding in aanmerking tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap. Er kan ook worden gekozen voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. De condities hiervoor staan in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Het Reglement vindt u op <a href="http://www.amersfoortse.nl/zorg">www.amersfoortse.nl/zorg</a> .
Ziekenvervoer	De eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer wordt verhoogd naar € 97,- (was € 96,-) per verzekerde per kalenderjaar.
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	Zintuiglijk gehandicaptenzorg is (deels) overgeheveld van de AWBZ naar de zorgverzekering. De aanspraak omvat een vergoeding voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostisch onderzoek,</li> <li>• interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap,</li> <li>• interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.</li> </ul> Zintuiglijk gehandicaptenzorg betreft derdelijnszorg. Dit betekent dat deze zorg alleen op verwijzing van een klinisch fysisch audioloog of een medisch specialist toegankelijk is. Alleen wanneer er wordt voldaan aan de indicatievereisten, wordt deze zorg vergoed.
<b>Algemeen</b>	De eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer wordt verhoogd naar € 97,- (was € 96,-) per verzekerde per kalenderjaar.
AWBZ	De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vervalt. De verstrekkingen worden deels overgeheveld naar de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).
Fraude	Na bewezen fraude hebben wij de mogelijkheid om u 5 jaar te weigeren voor een zorgverzekering en 8 jaar voor een aanvullende verzekering.
Omzetplafond	Door budgetafspraken met zorginstellingen kan het voorkomen dat verzekerden later dan wenselijk bij een zorginstelling terecht kunnen. In dergelijke gevallen kan de afdeling Managed Care verzekerden adviseren of bemiddelen bij de gewenste of een andere zorginstelling.
Verplicht eigen risico	Het wettelijk verplichte eigen risico wordt verhoogd naar € 375,- (was € 360,-).
ZINL	Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is van naam gewijzigd en heet voortaan Zorginstituut Nederland (ZINL).

**De Amersfoortse Verzekeringen**  
Stadsring 15, 3811 HM Amersfoort  
Postbus 42, 3800 AA Amersfoort  
T 033 464 20 61

E [info@amersfoortse.nl](mailto:info@amersfoortse.nl)  
I [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl)  
KVK 32110828 - ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.  
KVK 32110823 - ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.



## DEKKINGSOVERZICHT ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN 2015

Dit is geen voorwaardenoverzicht en aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend. De volledige polisvoorwaarden en reglementen zijn te vinden op [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl) en op te vragen via (033) 464 20 61.

### Zorgverzekering Flexibel

Dekking	Eigen risico	Eigen bijdrage	Aanvragen bij De Amersfoortse	Vergoeding
Anticonceptiva (de pil, koperhoudend spiraaltje en pessarium)	Ja			100% tot 21 jaar
Audiologische zorg (1) (2)	Ja			100%
Begeleiding en nazorg bij kanker	Ja			100% via Care for Cancer
Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis (medische noodzaak)	Nee			100%
Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis of kraamhotel (zonder medische noodzaak)	Nee	€ 16,50 per dag		Maximaal € 117,50 per dag
Bevalling thuis	Nee			100%
Buitenland	Ja			Maximaal éénmaal Nederlands tarief
Dieetadvies (1) (2)	Ja			Maximaal 3 behandelingen per jaar
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering (1)	Ja			100%
Ergotherapie	Ja			Maximaal 10 uur per jaar
Farmaceutische zorg (3)	Ja			Volgens het Reglement Farmaceutische Zorg en het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS). Voor geregistreerde geneesmiddelen geldt een maximumvergoeding per geneesmiddel
Fysiotherapie tot 18 jaar (1) (3)	Ja			9 behandelingen per aandoening per jaar. Op verwijzing van een arts of medisch-specialist 9 extra behandelingen. 100% bij aandoeningen die genoemd worden in Bijlage I van het Besluit Zorgverzekering. Inclusief manueel therapie, oedeemtherapie, littekentherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar
Fysiotherapie vanaf 18 jaar (1) (3)	Ja			Vanaf de 21e behandeling 100% bij aandoeningen die genoemd worden in Bijlage I van het Besluit Zorgverzekering. Inclusief manueel therapie, oedeemtherapie, littekentherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar
Fysiotherapie: bekkenfysiotherapie (1)	Ja			Maximaal 9 behandelingen voor urine-incontinentie bij verzekerden van 18 jaar en ouder
GGZ: Generalistische Basis GGZ (1) (2)	Ja			100%, vanaf 18 jaar
GGZ: Gespecialiseerde GGZ (zonder verblijf)	Ja		Ja, bij een niet gecontracteerde zorgverlener	100%, vanaf 18 jaar
GGZ: Gespecialiseerde GGZ (met verblijf)	Ja		Ja, bij een niet gecontracteerde zorgverlener	100% tot maximaal 1095 dagen aaneengesloten
Huisarts	Nee			100%
Hulpmiddelenzorg (3)	Ja	Mogelijk, zie Reglement Hulpmiddelen	Ja	Vergoeding volgens het Reglement Hulpmiddelen
Kraamzorg thuis	Nee	€ 4,15 per uur		100%
Logopedie	Ja			100%
Mechanische beademing (1)	Ja			100%
Medisch specialistische zorg: plastisch chirurgische zorg (medische noodzaak) (3)	Ja		Ja	Beperkt tot in de polisvoorwaarden genoemde behandelingen
Medisch specialistische zorg: vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen tot en met 42 jaar	Ja		Ja	100% voor OI, KI en IUI 100% voor de eerste drie pogingen IVF en ICSI
Medisch specialistische zorg: ziekenhuis en ZBC	Ja			100% en het verblijf tot maximaal 1095 dagen
Mondzorg: implantaten (1)	Ja		Ja	100% bij een bijzondere medische indicatie
Mondzorg: kaakchirurgische hulp (1)	Ja			100%
Mondzorg: orthodontie	Ja		Ja	100% bij een bijzondere medische indicatie
Mondzorg: overkappingprothese	Ja	€ 125,- per kaak	Ja	100% voor een overkappingprothese
Mondzorg: protheses	Ja	25%		75% voor een gebitsprothese
Mondzorg: reparatie en rebasen	Ja			100% voor reparatie en rebasen
Mondzorg: tandheelkundige zorg tot 18 jaar (3)	Nee			100% voor de in de polisvoorwaarden genoemde behandelingen
Mondzorg: tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar (2)	Ja		Ja	100% bij een bijzondere medische indicatie
Nierdialyse	Ja		Ja	100%
Oncologische zorg bij kinderen (1)	Nee			100%
Organtransplantaties	Ja		Ja	100%
Revalidatie	Ja			100%
Second opinion	Ja			100%
Stoppen met roken (2)	Ja			100% voor één behandelprogramma per jaar
Trombosedienst	Ja			100%
Verpleging en verzorging (2)	Nee			100%
Verpleging en verzorging PGB vv (1) (2) (3)	Nee		Ja	100%
Voetzorg bij diabetes mellitus (1) (2)	Ja			100% voor in de polisvoorwaarden genoemde behandelingen
Ziekenvervoer in Nederland: ambulancevervoer	Ja			100% voor ambulancevervoer
Ziekenvervoer in Nederland: taxivervoer of eigen vervoer	Ja	€ 97,- per jaar	Ja	100% voor taxivervoer of € 0,31 per km bij eigen vervoer bij bepaalde medische indicaties
Zintuiglijk gehandicaptenzorg (1) (2)	Ja			100%

## AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Dekkingen	Aanvulling Compact	Aanvulling Budget	Aanvulling Basis	Aanvulling Uitgebreid	Aanvulling Optimaal
Acnebehandeling (1)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 350,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar
AED pads		100%	100%	100%	100%
Allergeenvrije en stofdichte hoezen (1) (2)				100%	100%
Alternatieve geneeswijzen (exclusief geneesmiddelen) (4)		Maximaal € 45,- per dag en tot € 150,- per jaar voor acupunctuur, chiropractie, osteopathie en (ortho)manuele therapie, antroposofie, flebologie, fytotherapie, haptotherapie, haptonomie, homeopathie (klassiek), iriscopie, kindervertherapie, moermantherapie, natuurgeneeswijzen, neuraaltherapie, orthomoleculaire therapie, proctologie, reflexzonetherapie (voet) en shiatsu-therapie. Uitsluitend met name genoemde beroepsverenigingen komen voor vergoeding in aanmerking	Maximaal € 45,- per dag en tot € 250,- per jaar voor acupunctuur, chiropractie, osteopathie, (ortho)manuele therapie antroposofie, flebologie, fytotherapie, haptotherapie, haptonomie, homeopathie (klassiek), iriscopie, kindervertherapie, moermantherapie, natuurgeneeswijzen, neuraaltherapie, orthomoleculaire therapie, proctologie, reflexzonetherapie (voet) en shiatsu-therapie. Uitsluitend met name genoemde beroepsverenigingen komen voor vergoeding in aanmerking	Maximaal € 45,- per dag en tot € 500,- per jaar voor acupunctuur, chiropractie, osteopathie en (ortho)manuele therapie, antroposofie, flebologie, fytotherapie, haptotherapie, haptonomie, homeopathie (klassiek), iriscopie, kindervertherapie, moermantherapie, natuurgeneeswijzen, neuraaltherapie, orthomoleculaire therapie, proctologie, reflexzonetherapie (voet) en shiatsu-therapie. Uitsluitend met name genoemde beroepsverenigingen komen voor vergoeding in aanmerking	Maximaal € 45,- per dag en tot € 1.000,- per jaar voor acupunctuur, chiropractie, osteopathie, (ortho)manuele therapie, antroposofie, flebologie, fytotherapie, haptotherapie, haptonomie, homeopathie (klassiek), iriscopie, kindervertherapie, moermantherapie, natuurgeneeswijzen, neuraaltherapie, orthomoleculaire therapie, proctologie, reflexzonetherapie (voet) en shiatsu-therapie. Uitsluitend met name genoemde beroepsverenigingen komen voor vergoeding in aanmerking
Anticonceptiva (de pil, spiraaltje en pessarium) voor verzekerden van 21 jaar en ouder (6)	100% maximaal € 30,- per jaar	100% maximaal € 100,- per jaar	100% maximaal € 150,- per jaar	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar
Begeleiding nazorg bij kanker (1) (2)			100% maximaal € 250,- per jaar bij Herstel & Balans	100% maximaal € 500,- per jaar bij Herstel & Balans	100% maximaal € 1.000,- per jaar bij Herstel & Balans
Besnijdenis	100% bij een medische noodzaak	100% bij een medische noodzaak	100% bij een medische noodzaak	100% bij een medische noodzaak	100% bij een medische noodzaak
Bevalling poliklinisch (zonder medische noodzaak)			100%	100%	100%
Brillen of contactlenzen			Bril (inclusief montuur) tot € 150,- (één bril per 24 maanden) Of lenzen maximaal € 50,- (per jaar) Dioptrie van 1,5 of meer	Bril (inclusief montuur) tot € 200,- (één bril per 24 maanden) Of lenzen maximaal € 100,- (per jaar) Dioptrie van 1,5 of meer	Bril (inclusief montuur) tot € 300,- (één bril per 24 maanden) Of lenzen maximaal € 125,- (per jaar) Dioptrie van 1,5 of meer
Buitenland niet-spoedeisende zorg EU, EER en verdragsland	Maximaal eenmaal Nederlands tarief voor fysiotherapie en oefentherapie. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig	Maximaal éénmaal Nederlands tarief voor fysiotherapie en oefentherapie en second opinion. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig	Maximaal éénmaal Nederlands tarief voor bril, fysiotherapie, oefentherapie, orthodontie en second opinion. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig	Maximaal éénmaal Nederlands tarief voor bril, ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie, orthodontie en second opinion. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig	Maximaal éénmaal Nederlands tarief voor bril, ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie, orthodontie en second opinion. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig
Buitenland niet-spoedeisende zorg EU, EER en verdragsland mits woonachtig in het land waar de zorg wordt genoten	100% tot in de polisvoorwaarden genoemde maximale vergoedingen	100% tot in de polisvoorwaarden genoemde maximale vergoedingen	100% tot in de polisvoorwaarden genoemde maximale vergoedingen	100% tot in de polisvoorwaarden genoemde maximale vergoedingen	100% tot in de polisvoorwaarden genoemde maximale vergoedingen
Buitenland spoedeisende zorg EU, EER, verdragsland	100%	100%	100%	100%	100%
Buitenland spoedeisende zorg rest van de wereld		Maximaal tweemaal Nederlands tarief (inclusief vergoeding op de zorgverzekering)	Maximaal tweemaal Nederlands tarief (inclusief vergoeding op de zorgverzekering)	Maximaal tweemaal Nederlands tarief (inclusief vergoeding op de zorgverzekering)	Maximaal tweemaal Nederlands tarief (inclusief vergoeding op de zorgverzekering)
Buitenland spoedeisende zorg: medische hulpverlening, medisch advies, teletolk en sms-dienst door SOS International	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Buitenland spoedeisende zorg: repatriëring		100% voor repatriëring naar een instelling in het woonland en maximaal € 10.000,- voor vervoer stoffelijk overschot	100% voor repatriëring naar een instelling in het woonland en maximaal € 10.000,- voor vervoer stoffelijk overschot	100% voor repatriëring naar een instelling in het woonland en maximaal € 10.000,- voor vervoer stoffelijk overschot	100% voor repatriëring naar een instelling in het woonland en maximaal € 10.000,- voor vervoer stoffelijk overschot
Buitenland spoedeisende tandheelkundige zorg	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 250,- per jaar
Camouflage (1) (2)		100% maximaal € 250,- voor de gehele looptijd van de verzekering	100% maximaal € 250,- voor de gehele looptijd van de verzekering	100% maximaal € 350,- voor de gehele looptijd van de verzekering	100% maximaal € 500,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Combinatietest					75% bij een gecertificeerd echoscopist
Dieetadviesing (2)				Maximaal 2 uur per jaar	Maximaal 4 uur per jaar
Eczeembehandeling (1)				100% maximaal € 500,- per jaar voor een lichtcabine thuis. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig	100% maximaal € 1.000,- per jaar voor een lichtcabine thuis. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig
Epilatie gelaat (1) (2)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 350,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar
Ergotherapie				100%	100%
Farmaceutische zorg: alternatieve geneesmiddelen (5) (6)		50% maximaal € 100,- per jaar. Uitsluitend vergoeding voor geneesmiddelen met de aantekening homeopatisch of antroposofisch in de G-standaard van Z-index	100% maximaal € 150,- per jaar. Uitsluitend vergoeding voor geneesmiddelen met de aantekening homeopatisch of antroposofisch in de G-standaard van Z-index	100% maximaal € 250,- per jaar. Uitsluitend vergoeding voor geneesmiddelen met de aantekening homeopatisch of antroposofisch in de G-standaard van Z-index	100% maximaal € 500,- per jaar. Uitsluitend vergoeding voor geneesmiddelen met de aantekening homeopatisch of antroposofisch in de G-standaard van Z-index
Farmaceutische zorg: overige geregistreerde geneesmiddelen (5) (6)		50% maximaal € 100,- per jaar Uitsluitend vergoeding voor geneesmiddelen zoals omschreven in de G-standaard van Z-index	100% maximaal € 150,- per jaar Uitsluitend vergoeding voor geneesmiddelen zoals omschreven in de G-standaard van Z-index	100% maximaal € 250,- per jaar Uitsluitend vergoeding voor geneesmiddelen zoals omschreven in de G-standaard van Z-index	100% maximaal € 500,- per jaar Uitsluitend vergoeding voor geneesmiddelen zoals omschreven in de G-standaard van Z-index
Farmaceutische zorg: vergoeding eigen bijdrage (6)		50% maximaal € 100,- per jaar	100% maximaal € 150,- per jaar	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar

Dekkingen	Aanvulling Compact	Aanvulling Budget	Aanvulling Basis	Aanvulling Uitgebreid	Aanvulling Optimaal
Fysiotherapie	9 behandelingen per jaar. Inclusief manueel therapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie, (psychosomatische) oefentherapie Mensendieck/Cesar en geriatrische fysiotherapie	12 behandelingen per jaar. Inclusief manueel therapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie, (psychosomatische) oefentherapie Mensendieck/Cesar en geriatrische fysiotherapie	18 behandelingen per jaar. Inclusief manueel therapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie, (psychosomatische) oefentherapie Mensendieck/Cesar en geriatrische fysiotherapie	21 behandelingen per jaar. Inclusief manueel therapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie, (psychosomatische) oefentherapie Mensendieck/Cesar en geriatrische fysiotherapie	36 behandelingen per jaar. Inclusief manueel therapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie, (psychosomatische) oefentherapie Mensendieck/Cesar en geriatrische fysiotherapie
GeboorteTENS (1)		100%	100%	100%	100%
Herstellingsoord voor somatische ziekten of een hospice				75% maximaal € 1.000,- per jaar in Nederland in aansluiting op een ziekenhuisopname	75% maximaal € 1.500,- per jaar in Nederland in aansluiting op een ziekenhuisopname
Hulpmiddelenzorg: boven maximum volgens het Reglement Hulpmiddelen (3)				Tot 18 jaar 100% Vanaf 18 jaar 100% maximaal € 250,- per jaar	Tot 18 jaar 100% Vanaf 18 jaar 100% maximaal € 500,- per jaar
Hulpmiddelenzorg: eigen bijdrage volgens het Reglement Hulpmiddelen (3)		100% maximaal € 100,- per jaar	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 400,- per jaar	100% maximaal € 550,- per jaar
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouders				€ 15,- per dag en maximaal 30 dagen voor kinderen tot 12 jaar	€ 25,- per dag en maximaal 60 dagen voor kinderen tot 12 jaar
Kraampakket			Ja	Ja	Ja
Kraamzorg bij adoptie (2)			100% maximaal 4 uur bij een kind jonger dan 6 maanden	100% maximaal 8 uur bij een kind jonger dan 6 maanden	100% maximaal 8 uur bij een kind jonger dan 6 maanden
Kraamzorg: couveuse nazorg (1) (2)			100% maximaal 4 uur	100% maximaal 8 uur	100% maximaal 8 uur
Kraamzorg in een kraamhotel			100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 16,50 per dag	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 16,50 per dag	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 16,50 per dag
Kraamzorg in een ziekenhuis (zonder medische noodzaak)			100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 16,50 per dag	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 16,50 per dag	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 16,50 per dag
Kraamzorg thuis			100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 4,15 per uur	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 4,15 per uur	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 4,15 per uur
Kuurreizen (2)				100% maximaal € 500,- per jaar via Stichting Kuurreizen of Reisorganisatie Fontana. Bij de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig	100% maximaal € 1.000,- per jaar via Stichting Kuurreizen of Reisorganisatie Fontana. Bij de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig
Lactatiekundige zorg (2)				100% maximaal € 80,- per bevalling	100% maximaal € 80,- per bevalling
Laserbehandeling van de ogen (2)					100% maximaal € 625,- per oog (éénmaal per 60 maanden). Dioptrie van 4 of meer
Logeerhuis bij ziekenhuisopname		100% maximaal € 250,- per verzekerde per jaar	100% maximaal € 500,- per verzekerde per jaar	100%	100%
Mammaprint	100%	100%	100%	100%	100%
Mantelzorg vervangend			7 dagen per jaar via Handen in Huis	14 dagen per jaar via Handen in Huis	21 dagen per jaar via Handen in Huis
Medisch specialistische zorg: plastisch chirurgische zorg (medische noodzaak)				Flapoorcorrectie en medisch noodzakelijke plastische chirurgie, die niet onder de basisverzekering vergoed wordt. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig	Flapoorcorrectie en medisch noodzakelijke plastische chirurgie, die niet onder de basisverzekering vergoed wordt. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig
Orthodontie			Tot 18 jaar 80% maximaal € 1.000,- voor de gehele looptijd van de verzekering. Wachtijd van een jaar bij afsluiten aanvullende verzekering of afkomstig van Aanvulling Compact of Aanvulling Budget	Tot 18 jaar 80% maximaal € 2.000,- Vanaf 18 jaar 80% maximaal € 1.000,- voor de gehele looptijd van de verzekering. Wachtijd van een jaar bij afsluiten aanvullende verzekering of afkomstig van Aanvulling Compact of Aanvulling Budget	Tot 18 jaar 100% maximaal € 2.500,- Vanaf 18 jaar 100% maximaal € 1.500,- voor de gehele looptijd van de verzekering. Wachtijd van een jaar bij afsluiten aanvullende verzekering of afkomstig van Aanvulling Compact of Aanvulling Budget
Orthoptie (2)		100%	100%	100%	100%
Overgangsconsulent (2)				100% maximaal € 500,- gedurende de looptijd van de verzekering	100% maximaal € 500,- gedurende de looptijd van de verzekering
Pedicure (2)		100% bij diabetes of reuma	100% bij diabetes of reuma	100% bij diabetes of reuma	100% bij diabetes of reuma
Plakstrips voor mammaprothese		50%	100%	100%	100%
Plaswekker (1)		100% voor aanschaf of maximaal 3 maanden huur	100% voor aanschaf of maximaal 3 maanden huur	100% voor aanschaf of maximaal 3 maanden huur	100% voor aanschaf of maximaal 3 maanden huur
Podotherapie/ podologie/podoposturale therapie (2)		100% door podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut	100% door podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut	100% door podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut	100% door podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut
Refertilisatie (2)				100%	100%
Reiskosten ziekenbezoek		€ 0,31 per km Reis van een verzekerde aan een verzekerd gezinslid, in een ziekenhuis in Nederland, vanaf de 15e opnamedag	€ 0,31 per km Reis van een verzekerde aan een verzekerd gezinslid, in een ziekenhuis in Nederland, vanaf de 15e opnamedag	€ 0,31 per km Reis van een verzekerde aan een verzekerd gezinslid, in een ziekenhuis in Nederland, vanaf de 15e opnamedag	€ 0,31 per km Reis van een verzekerde aan een verzekerd gezinslid, in een ziekenhuis in Nederland, vanaf de 5e opnamedag
Sterilisatie (2)				100%	100%

Dekkingen	Aanvulling Compact	Aanvulling Budget	Aanvulling Basis	Aanvulling Uitgebreid	Aanvulling Optimaal
Steunzolen of therapeutische zolen (1)		100% één paar per jaar	100% één paar per jaar	100% één paar per jaar	100% één paar per jaar
Stottertherapie (2)				100% maximaal € 500,- per jaar	100% maximaal € 1.000,- per jaar
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar		100% voor behandelingen die niet volgens de zorgverzekering vergoed worden	100% voor behandelingen die niet volgens de zorgverzekering vergoed worden	100% voor behandelingen die niet volgens de zorgverzekering vergoed worden	100% voor behandelingen die niet volgens de zorgverzekering vergoed worden
Therapeutisch kamp voor kinderen in Nederland (1) (2)		100% maximaal € 250,- éénmaal per 12 maanden	100% éénmaal per 12 maanden	100% éénmaal per 12 maanden	100% éénmaal per 12 maanden
Wildcard	100% maximaal € 1.000,- éénmaal per jaar	100% maximaal € 1.000,- éénmaal per jaar	100% maximaal € 1.000,- éénmaal per jaar	100% maximaal € 1.000,- éénmaal per jaar	100% maximaal € 1.000,- éénmaal per jaar
Wondverzorging				100% maximaal € 50,- per jaar	100% maximaal € 100,- per jaar
Zittend ziekenvervoer (1)				100% gecontracteerde taxi of € 0,70 per km niet-gecontracteerde taxi of € 0,31 per km eigen vervoer voor zorg die voor vergoeding in aanmerking komt op de zorgverzekering of volgens het artikel met betrekking tot ergotherapie, fysiotherapie, Herstel & Balans en herstellingsoort van deze aanvullende verzekering. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig	100% gecontracteerde taxi of € 0,70 per km niet-gecontracteerde taxi of € 0,31 per km eigen vervoer voor zorg die voor vergoeding in aanmerking komt op de zorgverzekering of volgens het artikel met betrekking tot ergotherapie, fysiotherapie, Herstel & Balans en herstellingsoort van deze aanvullende verzekering. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig
Zittend ziekenvervoer vergoeding eigen bijdrage				100%	100%

Preventie					
Dekkingen	Aanvulling Compact	Aanvulling Budget	Aanvulling Basis	Aanvulling Uitgebreid	Aanvulling Optimaal
Beweegprogramma's (1) (2)			100% maximaal € 100,- per jaar bij bijzondere medische indicaties	100% maximaal € 200,- per jaar bij bijzondere medische indicaties	100% maximaal € 350,- per jaar bij bijzondere medische indicaties
Blessureconsult en sportmedisch onderzoek (2)				100% voor blessureconsulten en 100% éénmaal per 24 maanden voor sport medisch onderzoek bij Sport Medisch Adviescentrum, Sport Medisch Centrum of Sport Medisch Instituut die voldoet aan de kwaliteitscriteria van Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg	100% voor blessureconsulten en 100% éénmaal per 12 maanden voor sport medisch onderzoek bij Sport Medisch Adviescentrum, Sport Medisch Centrum of Sport Medisch Instituut die voldoet aan de kwaliteitscriteria van Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg
Cursus babymassage (2) (7)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100%	100%
Cursus eerste hulp bij kindergevallen (2) (7)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100%	100%
Cursus EHBO (2) (7)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100%	100%
Cursus hartproblemen (2) (7)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100%	100%
Cursus lymfoedeem (2) (7)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100%	100%
Cursus overig (2) (7)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100%	100%
Cursus reanimatie basis (2) (7)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100%	100%
Cursus reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew (2) (7)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100%	100%
Cursus zwangerschap en zwangerschapsgym/yoga (2) (7)		100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100%	100%
Lidmaatschap patiëntenvereniging					100%
Mindfulness training		100% maximaal € 100,- per jaar	100% maximaal € 100,- per jaar	100% maximaal € 100,- per jaar	100% maximaal € 100,- per jaar
Obesitasbehandeling (2)				100% maximaal € 500,- gedurende de looptijd van de verzekering bij bijzondere medische indicaties. Vergoeding na voltooiing van het programma. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig	100% maximaal € 1.000,- gedurende de looptijd van de verzekering bij bijzondere medische indicaties. Vergoeding na voltooiing van het programma. Er is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig
Preventieve onderzoeken (2)		100% hart en bloedvaten- en cholesterol-onderzoek door huisarts en Meditel	100% hart en bloedvaten- en cholesterol-onderzoek door huisarts en Meditel	100% hart en bloedvaten- en cholesterol-onderzoek door huisarts en Meditel 100% Preventief Medisch Onderzoek Basis inclusief long/ECG éénmaal per 24 maanden door Meditel	100% hart en bloedvaten- en cholesterol-onderzoek door huisarts en Meditel 100% Preventief Medisch Onderzoek Basis inclusief long/ECG éénmaal per 12 maanden door Meditel
Preventieve vaccinaties (2)		100% griep, hepatitis-B en meningokokken	100% griep, hepatitis-B en meningokokken	100% griep, hepatitis-B en meningokokken	100% griep, hepatitis-B en meningokokken
Preventieve vaccinaties en medicatie buitenland (2)				100%	100%

## TANDARTSVERZEKERINGEN

	Tandarts Basis	Tandarts Extra	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Optimaal
Reguliere behandelingen (3) (8)	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100% maximaal € 750,- per jaar	100% maximaal € 1.500,- per jaar
Specialistische behandelingen (kronen, bruggen, partiële protheses, endodontologie en parodontologie) (3) (8)	75% maximaal € 250,- per jaar	75% maximaal € 500,- per jaar	75% maximaal € 750,- per jaar	75% maximaal € 1.500,- per jaar
Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland (8)	100% maximaal € 250,- per jaar	100% maximaal € 500,- per jaar	100% maximaal € 750,- per jaar	100% maximaal € 1.500,- per jaar

- (1) = Voor deze vergoeding is een verwijzing noodzakelijk. Meer informatie vindt u in de polisvoorwaarden.  
(2) = Voor deze vergoeding geldt een bepaalde behandelaar. Meer informatie vindt u in de polisvoorwaarden.  
(3) = Onze polisvoorwaarden, Reglement Farmaceutische Zorg, Reglement Hulpmiddelen, Reglement PGB vv, lijst met tandartstarieven, lijst met de maximale vergoeding per geregistreerd geneesmiddel en Bijlage I van het Besluit Zorgverzekering vindt u op [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).  
(4) = De beroepsverenigingen die voor vergoeding in aanmerking komen vindt u in de polisvoorwaarden.  
(5) = Meer informatie over geregistreerde medicijnen kunt u vinden op [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl), [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl) of u kunt contact opnemen met de afdeling Claimbehandeling (033) 464 28 84.  
(6) = Dit maximum geldt voor alle farmaceutische zorg (waaronder antiConceptie) tezamen per jaar.  
(7) = Dit maximum geldt voor al deze cursussen tezamen per jaar.  
(8) = Dit maximum geldt voor alle tandheelkundige behandelingen tezamen per jaar.  
(9) = Dit maximum geldt voor alle eigen bijdragen van kraamzorg tezamen per jaar.

---

# **POLISVOORWAARDEN AMERSFOORTSE AANVULLENDE ZORGVERZEKERING 2015**

---



---

# POLISVOORWAARDEN AMERSFOORTSE AANVULLENDE ZORGVERZEKERING 2015

---

## Inhoudsopgave:

1.	Begripsomschrijving	4
2.	Wijze van uitvoering	9
3.	Omvang van de dekking	10
3.1	Acnebehandeling	10
3.2	Allergeenvrije hoezen	10
3.3	Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling)	10
3.4	Automatische Externe Defibrillator pads	12
3.5	Begeleiding en nazorg bij kanker	12
3.6	Besnijdenis	12
3.7	Brillen of contactlenzen	12
3.8	Buitenland (medische zorg)	13
3.9	Camouflage	16
3.10	Combinatietest	16
3.11	Dieetadvisering	16
3.12	Eczeembehandeling	16
3.13	Epilatie	17
3.14	Ergotherapie	17
3.15	Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen)	17
3.16	Fysiotherapie en oefentherapie (Cesar/Mensendieck)	18
3.17	GeboorteTENS	18
3.18	Herstellingsoord en hospice	18
3.19	Hulpmiddelen	19
3.20	Kinderopvang bij opname ouders	19
3.21	Kraampakket	19
3.22	Kuurreizen	20
3.23	Lactatiekunde	20
3.24	Laserbehandeling of lensimplantatie	20
3.25	Logeerhuis bij ziekenhuisopname	20
3.26	Mammaprint	21
3.27	Mantelzorg (vervangend)	21
3.28	Orthodontie (wachtijd van 12 maanden)	21
3.29	Orthoptie	22
3.30	Overgangsconsulent	22
3.31	Pedicure	22
3.32	Plakstrips voor mammaprothese	22
3.33	Plastische chirurgie	22
3.34	Plaswekker	23
3.35	Podotherapie/Podologie/Podoposturale therapie	23
3.36	Refertilisatie	23
3.37	Reiskosten ziekenbezoek (aan medeverzekerden)	23
3.38	Sterilisatie	23
3.39	Steunzolen (of therapeutische zolen)	24
3.40	Stottertherapie	24
3.41	Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar	24
3.42	Therapeutische kampen	24
3.43	Verloskundige zorg en kraamzorg	25
3.44	Wildcard	26
3.45	Wondverzorging	26
3.46	Ziekenvervoer binnen Nederland	26

4.	Omvang van de dekking Preventie	27
4.1	Beweegprogramma's	27
4.2	Lidmaatschap patiëntenvereniging	27
4.3	Mindfulness	27
4.4	Obesitasbehandeling	27
4.5	Preventieve cursussen	28
4.6	Preventieve geneeskunde	28
4.7	Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten	29
5.	Omvang van de dekking Tandarts	30
5.1	Tandheelkundige behandelingen	30
6.	Uitsluitingen	32
7.	Diensten Managed Care	32
8.	Algemeen	33
9.	Premie	34
10.	Premiebetaling en betalingsachterstand	34
11.	Verplichtingen van de verzekerde/verzekeringnemer	35
12.	Declaraties en onderbreking van de dekking	36
13.	Regres	36
14.	Fraude	37
15.	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	37
16.	Herziening van premie of voorwaarden	37
17.	Duur van de verzekering	38
18.	Geschillen en klachten	39
19.	Bepalingen in verband met collectiviteit	39
20.	Clausule terrorismedekking	40
21.	Belangrijke informatie	40



---

# 1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

---

## In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

### **Aanvullende zorgverzekering**

Een aanvullende zorgverzekering dekt zorg die niet of niet volledig op een zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet is gedekt.

### **Alternatief genezer**

Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een beroepsvereniging.

### **Apotheekhoudend huisarts**

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst en een erkenning heeft als apothekhouder.

### **Apotheker**

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

### **Basisarts**

Een basisarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

### **Bedrijfsarts**

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

### **Bekkentherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

### **Dagbehandeling**

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

### **DBC-zorgproduct**

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de NZA vastgestelde beslisbomen. Een DBC-zorgproduct kent een maximale duur van 120 dagen.

### **Diëtist**

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

### **Ergotherapeut**

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

### **EU- en EER-staat**

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

### **Farmaceutische zorg**

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, één en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

### **Fraude**

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

### **Fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

### **Gecertificeerd echoscopist**

Een echoscopist die is gecertificeerd voor de uitvoering van de combinatietest. Deze echoscopisten staan in het Peridos register. Zie: [www.peridos.nl/zoek-zorgverlener](http://www.peridos.nl/zoek-zorgverlener).

### **Gecontracteerde zorg**

Die zorg die de zorgaanbieder, op basis van een tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst, mag verlenen dan wel voor vergoeding in aanmerking komt.

### **Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)**

De GGD richt zich vooral op preventie: voorkomen van ziekten en bevorderen van gezond gedrag in een gezonde leefomgeving.

### **Gemiddeld contractstarief**

Het gemiddelde tarief van alle zorgaanbieders waarmee De Amersfoortse voor een bepaalde behandeling of verstrekking een prijsafsprake heeft gemaakt.

### **Geriatrisch fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

### **Huidtherapeut**

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut.

### **Huisarts**

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

### **Hulpmiddelenzorg**

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, als mede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

### **Kaakchirurg**

Een tandarts–specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS).

### **Kinderfysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

**Kraamcentrum**

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan de door de wet vastgestelde eisen.

**Kraamhotel**

Een instelling waar de verzekerde kan bevallen en/of (een deel van) de kraamtijd kan doorbrengen.

**Kraamzorg**

De zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraam-centrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

**Lactatiekundige**

Een in Nederland gevestigde lactatiekundige, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.

**Mantelzorger**

Een persoon die onbetaald en niet in het kader van een hulpverlenend beroep zorg verleent aan een hulpbehoevende in diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie.

**Manueel therapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

**Marktconforme vergoeding**

Vergoeding naar de Nederlandse marktomstandigheden, welke gelijk is aan het notabedrag tenzij de rekening onredelijk hoog is.

**Medisch adviseur**

Een arts die ingeschreven is als arts Beleid en Advies in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

**Medisch specialist**

Een arts, die is ingeschreven als medisch specialist in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

**Meditel**

Meditel B.V., Postbus 454, 2800 AL Gouda, telefoon (0900) 202 10 40, fax (0182) 82 00 29.

**Mondhygiënist**

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

**NZa**

De Nederlandse Zorgautoriteit.

**Oedeemtherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

**Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck**

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

**Ongeval**

Een plotseling en onverwacht, van buitenaf op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, waaruit rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken, medisch vast te stellen letsel ontstaat.

**Opname**

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

**Optometrist**

Een in Nederland gevestigde optometrist die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

**Orthodontist**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS) van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde.

**Orthoptist**

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

**Pedicure**

Een pedicure die met de aantekening voor diabetes, reuma of risicovoet geregistreerd staat in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

**Podoloog**

Een in Nederland gevestigde podoloog die is aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie).

**Podoposturaal therapeut**

Een in Nederland gevestigde podoposturaal therapeut die als A-therapeut is aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie).

**Podotherapeut**

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

**PreMeo Thuisvaccinatie**

PreMeo Thuisvaccinatie is een LCR-erkend landelijk werkend vaccinatiecentrum voor reisvaccinaties aan huis door BIG-geregistreerde artsen.

**Psychosomatisch fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

**Psychosomatisch oefentherapeut Cesar en Mensendieck**

Een oefentherapeut Cesar en Mensendieck die staat ingeschreven in het register psychosomatische oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

**Schoonheidsspecialist**

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B.

**SOS International**

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam.  
Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

**Spoeisende zorg**

Zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van ziekte of ongeval waarbij medische zorg direct noodzakelijk is.

**Tandarts**

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

**Tandprotheticus**

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

**Tijdelijk verblijf**

Verblijf in het buitenland gedurende maximaal 12 maanden. Bij opname in een ziekenhuis wordt de termijn tijdens de opname verlengd tot maximaal 365 dagen gerekend vanaf de dag van opname.

**Verdragsland**

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland. Deze staten zijn: 'Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Japan, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije'.

**Verloskundige**

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**Verpleegkundige**

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**Verzekerde**

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

**Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

**VVOC**

Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten. Beemd 10, 5071 AN Udenhout. [www.overgangsconsulente.com](http://www.overgangsconsulente.com).

**Wet BIG**

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

**Wlz**

Wet langdurige zorg.

**Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)**

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

**Ziekenhuis**

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

**Zorgverzekeraar**

ASR Aanvullende Ziekttekostenverzekeringen NV, hierna ook te noemen wij of de zorgverzekeraar.

**Zorgverzekering**

Een bij een verzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet.

---

## 2. WIJZE VAN UITVOERING

---

### **Woonland**

Deze aanvullende verzekering kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten. Voor in Nederland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in Nederland en uitgevoerd is door een in Nederland gevestigde zorgverlener. Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in het woonland en uitgevoerd is door een in het woonland gevestigde zorgverlener. Uitzondering hierop vindt u terug in artikel 3.8 'Buitenland'.

Vergoeding vindt plaats tot het maximale tarief zoals genoemd in onderstaand artikel "Maximale vergoeding".

De nadere voorwaarden van de desbetreffende artikelen blijven van kracht.

### **Aanvullend op de zorgverzekering**

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een zorgverzekering. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

### **Maximale vergoeding**

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende marktconforme vergoeding.

### **Medische grondslag**

De aanspraak op vergoeding van kosten op deze aanvullende verzekering wordt naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

### **Overname incasso zorgverlener**

Als De Amersfoortse meer vergoedt dan gedekt is op deze aanvullende verzekering, wordt u geacht aan ons een volmacht te hebben verleend tot incasso in naam van De Amersfoortse van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

### **Wijziging van de aanvullende verzekering**

Indien verzekerde een lopende aanvullende verzekering heeft gewijzigd, tellen de ontvangen vergoedingen mee voor de nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding.

### **Voorwaarden**

Tenzij anders vermeld, dient verzekerde aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden te voldoen alvorens in aanmerking te komen voor een vergoeding.

## 3. OMVANG VAN DE DEKKING

### 3.1 Acnebehandeling

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 350 per kalenderjaar	100% maximaal € 500 per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- Behandeling van ernstige acne in het gezicht en/of hals.
- U heeft een verwijzing van de huisarts of medisch specialist.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.
- Benodigde middelen voor behandeling worden niet vergoed.

### 3.2 Allergeenvrije hoezen

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100%	100%

#### Voorwaarden:

Vergoeding geldt voor 1 set hoezen.

- U heeft een schriftelijke toelichting van een arts, met de uitslag van een allergietest. Uit de test blijkt dat u last heeft van een allergie voor uitwerpselen van huisstofmijt.
- Allergeenvrije en stofdichte hoezen worden niet eerder vervangen dan tien jaar na de laatste verstrekking.
- De hoezen worden geleverd door een gecontracteerde leverancier.
- Gaat u naar een niet gecontracteerde leverancier? Dan vergoeden wij maximaal de prijs van de hoezen die een door ons gecontracteerde leverancier rekent.

#### Toelichting:

- Vergoeding voor allergeenvrije en stofdichte matrashoezen, dekbedhoezen en kussenhoezen.

### 3.3 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling)

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% maximaal € 150 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag	100% maximaal € 250 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag	100% maximaal € 500 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag	100% maximaal € 1.000 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag

#### Voorwaarden:

Het maximaal verzekerd bedrag is voor alle consulten en behandelingen van alternatief genezers of therapeuten tezamen. Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten die aangesloten zijn bij een door ons erkende beroepsvereniging.

- **Acupunctuur:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), International Free University (IFU), Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI (NBCG YI) of Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP).
- **Antroposofie:** Behandelaar is een antroposofisch arts die is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen. Wij vergoeden geen:
  - Behandelingen door een niet-arts.
  - Dieettherapie, euritmie, kunstzinnige therapie, psychische hulpverlening, uitwendige therapie, heilpedagogie, spraaktherapie, meridiaantherapie, kleurentherapie, chirofonetiek en badtherapie.
- **Chiropractie:** Behandelaar is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA), Dutch Chiropractic Federation (DCF), Stichting Chiropractie Nederland (SCN) of Stichting Nationaal Register van Chiropractoren (SNRC).

- **Flebologie:** Behandelaar is een zelfstandig gevestigd arts.  
Wij vergoeden geen:
  - Behandelingen door een niet-arts.
- **Fytotherapie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Fytotherapie (NVF).
- **Haptotherapie/Haptonomie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH).
- **Iriscopie:** Behandelaar is een iriscopist.
- **Kindertherapie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van en voor kindervertherapeuten (Vvkv).
- **Klassieke homeopathie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG), Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH), Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH) of Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP). Vergoeding van reguliere consulten en behandelingen.
- **Moermantherapie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Niet-Toxische Tumor Therapie (ANTTT).  
Wij vergoeden geen:
  - Behandelingen door een niet-arts.
- **Natuurgeneeskunde:** Behandelaar is een natuurgeneeskundig arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG) of uitgevoerd door een niet-arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG), Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de natuurlijke geneeskunde (NWP), Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT) of Belangen Associatie Therapeut en Consument (BATC). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen.  
Wij vergoeden geen:
  - Massagetherapie.
- **Neuraal- en regulatietherapie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG). Wij vergoeden segmenttherapie en stoorveldtherapie.  
Wij vergoeden geen:
  - Behandelingen door een niet-arts.
- **(Ortho)manuele geneeskunde:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG) of Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde (NVOMG) of uitgevoerd door een niet-arts die is aangesloten bij Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) of Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
- **Orthomoleculaire geneeskunde:** Behandelaar is een orthomoleculair arts of de behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen.  
Wij vergoeden geen:
  - Kinesiologie.
- **Osteopathie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO) en ingeschreven bij het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF) of beoefenaars met de titel DO-MRO.
- **Proktologie:** Behandelaar is een zelfstandig gevestigde arts.  
Wij vergoeden geen:
  - Behandelingen door een niet-arts.
- **Reflexzonetherapie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT) of Bond van Europese Reflexologen afdeling Nederland (BER).
- **Shiatsu**therapie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging KaTa Nederland, ZHONG, Vereniging voor Iokai-Shiatsu Therapeuten (VIS), Zen Shiatsu Vereniging, Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen Yi (NBCG YI) of Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP).  
Wij vergoeden geen:
  - Laboratoriumkosten die zijn aangevraagd door een alternatief genezer.
  - Alternatieve geneesmiddelen. Voor meer informatie over de vergoeding van alternatieve geneesmiddelen zie artikel 3.15.



### 3.4 Automatische Externe Defibrillator Pads

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100%	100%	100%	100%

#### Voorwaarden:

Vergoeding voor de vervanging van de pads die voor u zijn gebruikt in een noodsituatie.

### 3.5 Begeleiding en nazorg bij kanker

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 500 per kalenderjaar	100% maximaal € 1.000 per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing van de behandelend medisch specialist.
- Uitgevoerd door in Nederland gevestigde instellingen onder licentie van de Stichting Herstel & Balans.

#### Toelichting:

- Vergoeding geldt voor deelname aan het programma Herstel & Balans voor (ex-)kankerpatiënten.
- Meer informatie vindt u op [www.herstelenbalans.nl](http://www.herstelenbalans.nl).
- Care for Cancer vergoeden wij vanuit de zorgverzekering.

### 3.6 Besnijdenis

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%	100%

#### Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing van de behandelend huisarts of medisch specialist.
- De behandeling moet medisch noodzakelijk zijn.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een medisch specialist, een zelfstandig behandelcentrum of door een huisarts.

### 3.7 Brillen of contactlenzen

#### Brillen inclusief montuur

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		Maximaal € 150 per 24 maanden	Maximaal € 200 per 24 maanden	Maximaal € 300 per 24 maanden

#### Voorwaarden:

- Vanaf 1,5 of meer dioptrieën per oog, ook bij alleen een montuur.
- Per 24 maanden kunt u één bril of één montuur of één paar brillenglazen bij ons declareren, geleverd door een opticien en/of optometrist.
- Wij vergoeden geen:
  - Bril, brillenglazen of montuur als in hetzelfde kalenderjaar al lenzen door ons zijn vergoed.
  - U in de 60 maanden voor de aanschaf van de bril, brillenglazen of montuur een laserbehandeling of lensimplantatie hebt ondergaan, die door ons is vergoed.

#### Toelichting:

- De 24 maanden gaan in op de leverdatum van de brillenglazen, bril of montuur.
- Wij berekenen het aantal dioptrieën per oog als volgt:
  - Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,5 dioptrieën)
  - Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,0 dioptrieën)

- Als door middel van de sferische en cilindrische waarde niet aan de dioptrie-eis wordt voldaan kan bij meerfocusbrillen de additionele waarde worden meegenomen in de berekening. Deze wordt alleen bij de sferische waarde opgeteld. (bv. sferisch +0,5, cilindrisch +0,5 en additie +1,0 = +1,5 dioptrieën)

## Lenzen

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		Maximaal € 50 per kalenderjaar	Maximaal € 100 per kalenderjaar	Maximaal € 125 per kalenderjaar

### Voorwaarden:

- Vanaf 1,5 of meer dioptrieën per oog.
- De lenzen moeten worden geleverd door een opticien en/of optometrist.  
Wij vergoeden geen:
  - Lenzen als u in de 24 maanden voor de leverdatum al een bril, brillenglazen of montuur van ons vergoed hebt gekregen.
  - U in de 60 maanden voor de aanschaf van de lenzen een laserbehandeling of lensimplantatie hebt ondergaan, die door ons is vergoed.

### Toelichting:

- Wij berekenen het aantal dioptrieën per oog als volgt:
  - Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,5 dioptrieën)
  - Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,0 dioptrieën)

## Korting bij Eye Wish Opticiens

### Toelichting:

- Ga naar [www.eyewish.nl/polischeck](http://www.eyewish.nl/polischeck)
- Kies De Amersfoortse
- Kies uw aanvullende verzekering
- Uw specifieke aanbieding wordt getoond

## 3.8 Buitenland (medische zorg)

### Algemeen:

- Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland.  
Wij vergoeden geen:
  - Eigen risico.

### Voorwaarden:

- Wij vergoeden alleen medische zorg als de behandeling ook in Nederland volgens deze verzekering vergoed wordt.
- Uitkering vindt in Nederland plaats in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

## Niet spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland (niet woonachtig in het land waar de zorg is genoten)

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal eenmaal Nederlands tarief voor fysiotherapie en oefentherapie	Maximaal eenmaal Nederlands tarief voor fysiotherapie en oefentherapie	Maximaal eenmaal Nederlands tarief voor brillen en lenzen, orthodontie, fysiotherapie en oefentherapie	Maximaal eenmaal Nederlands tarief voor brillen en lenzen, ergotherapie, orthodontie, fysiotherapie en oefentherapie	Maximaal eenmaal Nederlands tarief voor brillen en lenzen, ergotherapie, orthodontie, fysiotherapie en oefentherapie

### Voorwaarden:

- U heeft vooraf onze toestemming nodig.
- De voorwaarden van de artikelen over brillen en lenzen, ergotherapie, orthodontie en fysiotherapie en oefentherapie zijn ook hier van kracht.
- De deskundigheid van de zorgverleners is vergelijkbaar met de zorgverleners in Nederland.

## Niet spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland (wel woonachtig in het land waar de zorg is genoten)

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%	100%

### Voorwaarden:

- U wordt behandeld in het land waar u woont, door een zorgverlener die in hetzelfde land is gevestigd.
- De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.
- De deskundigheid van de zorgverleners is vergelijkbaar met de zorgverleners in Nederland.

## Spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%	100%

### Voorwaarden:

- Vergoeding van kosten die niet volledig op de zorgverzekering gedekt zijn.
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten nemen met SOS International. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.

## Spoedeisende zorg in de rest van de wereld

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	Maximaal 2x Nederlands tarief (incl. vergoeding op de zorgverzekering)	Maximaal 2x Nederlands tarief (incl. vergoeding op de zorgverzekering)	Maximaal 2x Nederlands tarief (incl. vergoeding op de zorgverzekering)	Maximaal 2x Nederlands tarief (incl. vergoeding op de zorgverzekering)

### Voorwaarden:

- Vergoeding van kosten die niet volledig op de zorgverzekering gedekt zijn.
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten nemen met SOS International. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.

## Zorg in België en Duitsland (woonachtig in Nederland)

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%	100%

### Voorwaarden:

- Alleen als u minder dan 40 kilometer van de Belgische of Duitse grens woont.
- De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.

## SOS Hulpverlening

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%	100%

### Toelichting:

- Als u tijdelijk in het buitenland verblijft heeft u recht op hulp en advies van een teletolk en SMS-dienst door SOS International. Bel +31 (0)20 651 51 51.

## Spoeisende tandheelkundige hulp in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 250 per kalenderjaar

### Voorwaarden:

- Bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Alleen vergoeding voor behandelingen uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg die niet uitgesteld kunnen worden tot na terugkomst in Nederland.

## Terugreis per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% voor vervoer naar een instelling in het woonland	100% voor vervoer naar een instelling in het woonland	100% voor vervoer naar een instelling in het woonland	100% voor vervoer naar een instelling in het woonland

### Voorwaarden:

- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten nemen met SOS International. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- De arts van SOS International beoordeelt of er sprake is van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalsletsel.
- U heeft een verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer en medische begeleiding nodig is.
- Vervoer per ambulancevliegtuig vergoeden wij alleen als het nodig is voor het redden van uw leven of verminderen of voorkomen van invaliditeit.

### Toelichting:

- Vervoer is inclusief noodzakelijke medische begeleiding en één gezinslid.

## Vervoer van de overledene, begrafenissen of crematie ter plaatse

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	Maximaal € 10.000	Maximaal € 10.000	Maximaal € 10.000	Maximaal € 10.000

### Voorwaarden:

- Nabestaanden moeten direct contact opnemen met SOS International: +31 (0)20 651 51 51.
- Het lichaam van de overledene wordt vervoerd naar zijn of haar woonplaats.  
Wij vergoeden geen:
  - Hulpverlening en kosten als een medische behandeling het doel van uw reis was.

**Toelichting:**

- De kosten van de kist noodzakelijk voor het vervoer zijn inbegrepen.
- Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

**3.9 Camouflage**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% maximaal € 250 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	100% maximaal € 250 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	100% maximaal € 350 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	100% maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent

**Voorwaarden:**

- Vergoeding voor camouflagelessen en de benodigde middelen tijdens de lessen.
- Bij een ernstige huidafwijking in het gezicht en/of hals.
- U heeft een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- De lessen worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**3.10 Combinatietest**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
				75%

**Voorwaarden:**

- Geen vergoeding van kosten indien er een aanspraak is op de zorgverzekering.
- De combinatietest dient te worden uitgevoerd door een gecertificeerd echoscopist.

**Toelichting:**

Een combinatietest bestaat uit:

- een bloedonderzoek in de 9e tot de 14e week van de zwangerschap;
- een nekpluimmeting d.m.v. een echo in de 11e tot de 14e week van de zwangerschap;
- beoordeling van de beide onderzoeken voor een verhoogd risico op een kindje met Down, Edwards of Patau.
- Een combinatietest met als uitslag een kans die groter is dan 1:200 op Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau, geeft toegang tot de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) in de zorgverzekering.

**3.11 Dieetadvisering**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			Maximaal 2 uur per kalenderjaar	Maximaal 4 uur per kalenderjaar

**Voorwaarden:**

- De eerste 3 behandelingen worden vergoed op uw zorgverzekering.
- Vergoeding vanaf het 4e behandeluur voor voorlichting en advies over uw eetgewoonten door een diëtist.
- De behandeling moet een geneeskundig doel hebben.

**3.12 Eczeembehandeling**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% maximaal € 500 per kalenderjaar voor een lichtcabine thuis.	100% maximaal € 1.000 per kalenderjaar voor een lichtcabine thuis.

**Voorwaarden:**

- U heeft een verwijzing van de behandelend arts.
- De lichtcabine moet vooraf, bij de afdeling Managed Care, door u worden aangevraagd.

**3.13 Epilatie**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 350 per kalenderjaar	100% maximaal € 500 per kalenderjaar

**Voorwaarden:**

- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- U heeft een verwijzing van uw behandelend arts.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**3.14 Ergotherapie**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100%	100%

**Voorwaarden:**

- Vergoeding vanaf het 11e behandeluur voor advies, instructie, training of behandeling door een erkend ergotherapeut in zijn praktijk of bij u thuis.
- Het doel is uw zelfzorg en zelfredzaamheid te vergroten.
- De eerste 10 behandeluren worden vergoed op uw zorgverzekering.

**3.15 Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen)**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
Alleen dekking voor anticonceptiva: 100% maximaal € 30,- per kalenderjaar	50% maximaal € 100 per kalenderjaar voor alle verstrekkingen tezamen, anticonceptiva 100% (tot het maximumbedrag)	100% maximaal € 150 per kalenderjaar voor alle verstrekkingen tezamen	100% maximaal € 250 per kalenderjaar voor alle verstrekkingen tezamen	100% maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle verstrekkingen tezamen

**Voorwaarden:**

Vergoeding voor:

- Wettelijke eigen bijdragen op geneesmiddelen
  - Wij vergoeden alleen de eigen bijdrage voor geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt conform het Reglement Farmaceutische zorg en die worden vergoed op uw zorgverzekering.
- Alternatieve geneesmiddelen en overige geregistreerde geneesmiddelen
  - Wij vergoeden alleen alternatieve geneesmiddelen met een aantekening 'homeopathisch' of 'antroposofisch' in G-Standaard van Z-Index.
  - Wij vergoeden alleen geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed op uw zorgverzekering.
  - Op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, verpleegkundige, verloskundige of alternatief genezer.
  - Geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.
- Anticonceptiepil, pessarium en anticonceptiespiraaltje
- Wij vergoeden geen:
  - Niet-geneesmiddelen
  - Dieetpreparaten
  - Voeding en voedingssupplementen
  - Experimentele geneesmiddelen

**Toelichting:**

- Met wettelijke eigen bijdrage bedoelen wij de kosten die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen.
- Zie voor geregistreerde geneesmiddelen [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl). Voor informatie over niet geregistreerde geneesmiddelen kunt u contact opnemen met de afdeling Zorg Claimbehandeling op (033) 464 28 84.

**3.16 Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) incl. screening**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
9 behandelingen per kalenderjaar	12 behandelingen per kalenderjaar	18 behandelingen per kalenderjaar	21 behandelingen per kalenderjaar	36 behandelingen per kalenderjaar

**Voorwaarden:**

- Behandeling en screening wordt uitgevoerd door een door ons gecontracteerde (kinder-) fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.
- Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, vergoeden wij tot maximaal het gemiddelde contractstarief.
- Behandeling moet medisch doelmatig zijn.
- Litterektherapie en oedeemtherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut als u een aandoening heeft die in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering staat.

**Toelichting:**

- Als uw aandoening genoemd is in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering worden de kosten vanaf de 21ste behandeling vergoed op de zorgverzekering.
- Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering en de lijst van gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op [www.amersfoortse.nl/zorg](http://www.amersfoortse.nl/zorg) bij 'Voorwaarden en dekkingen'.

**3.17 Geboorte TENS**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100%	100%	100%	100%

**Voorwaarden:**

- Vergoeding voor de aanschaf van een TENSapparaat bij GeboorteTENS.
- U heeft een verwijzing van de behandelend arts, gynaecoloog of verloskundige.

**Toelichting:**

- Zie voor meer informatie [www.geboortetens.nl](http://www.geboortetens.nl).

**3.18 Herstellingsoord en hospice**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			75% maximaal € 1.000 per kalenderjaar	75% maximaal € 1.500 per kalenderjaar

**Voorwaarden:**

- U heeft een verwijzing van de behandelend arts.
- Het herstellingsoord voor somatische ziekten of hospice moet in Nederland zijn gevestigd.
- Het verblijf in een herstellingsoord moet aansluiten op een opname in een ziekenhuis.
- De vergoeding geldt voor de kosten van het verblijf in een herstellingsoord of een hospice tezamen.

### 3.19 Hulpmiddelen

#### Wettelijke eigen bijdrage voor orthopedische schoenen, allergeenvrije schoenen, hoortoestellen brillen en contactlenzen.

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% maximaal € 100 per kalenderjaar	100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 400 per kalenderjaar	100% maximaal € 550 per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- Het maximum verzekerde bedrag is voor alle verstrekkingen tezamen.
- U krijgt alleen een vergoeding voor de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen waarvoor een vergoeding geldt in ons Reglement Hulpmiddelen 2015.
- Voor hoortoestellen vergoeden wij alleen de wettelijke eigen bijdrage uit de categorie waarvoor u in aanmerking komt volgens het Keuzeprotocol ZN en/of het Hoorprotocol.
- Het Keuzeprotocol ZN en Hoorprotocol kunt u bij ons opvragen.

#### Toelichting:

- Met wettelijke eigen bijdrage bedoelen wij de kosten die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen.

#### Kosten boven maximale vergoeding voor haarprothesen, allergeenvrije schoenen en verbandschoenen.

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			Tot 18 jaar 100% Vanaf 18 jaar 100% maximaal € 250 per kalenderjaar	Tot 18 jaar 100% Vanaf 18 jaar 100% maximaal € 500 per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- Het maximum verzekerde bedrag is voor alle verstrekkingen tezamen.
- U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten boven de maximale vergoeding op de zorgverzekering van hulpmiddelen die staan in ons Reglement Hulpmiddelen 2015.

#### Toelichting:

- Met boven de maximale vergoeding bedoelen wij de kosten die hoger zijn dan de vergoeding uit de zorgverzekering.

### 3.20 Kinderopvang bij opname ouders

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			€ 15 per dag, maximaal 30 dagen per kalenderjaar voor kinderen tot 12 jaar	€ 25 per dag, maximaal 60 dagen per kalenderjaar voor kinderen tot 12 jaar

#### Voorwaarden:

- Bij een ziekenhuisopname van één van de ouders of verzorgers, die ook bij ons verzekerd is.
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin uw jongste kind 12 jaar wordt. Hij of zij moet bij ook bij ons verzekerd zijn.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis over het aantal ligdagen.

### 3.21 Kraampakket

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		Ja	Ja	Ja

#### Voorwaarden:

- U krijgt van ons een kraampakket voor de bevalling als u tussen de 5e en 7e maand van uw zwangerschap bij ons verzekerd bent.
- U krijgt het kraampakket toegestuurd nadat u kraamzorg bij ons heeft aangevraagd.  
Dit kan via [www.amersfoortse.nl/zorg](http://www.amersfoortse.nl/zorg).



### 3.22 Kuurreizen

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% maximaal € 500 per kalenderjaar	100% maximaal € 1.000 per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- U heeft de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.
- U heeft vooraf toestemming van ons nodig.
- De reis wordt georganiseerd door de Stichting Kuurreizen of Reisorganisatie Fontana.
- Wij vergoeden geen:
  - Reiskosten van en naar het vliegveld.

#### Toelichting:

- Meer informatie vindt u op [www.stichtingkuurreizen.nl](http://www.stichtingkuurreizen.nl) en [www.fontana-travel.nl](http://www.fontana-travel.nl).

### 3.23 Lactatiekunde

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% maximaal € 80 per bevalling	100% maximaal € 80 per bevalling

#### Voorwaarden:

- Vergoeding voor hulp bij borstvoeding door een lactatiekundige.

### 3.24 Laserbehandeling of lensimplantatie

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
				100% maximaal € 625 per oog

#### Voorwaarden:

- Bij een afwijking van 4 of meer dioptrieën per oog.
- Maximaal eenmaal vergoeding per 60 maanden.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een oogarts.

#### Toelichting:

- De 60 maanden gaan in op de behandeldatum die staat op de nota van de behandeling.
- Wij berekenen het aantal dioptrieën per oog als volgt:
  - Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -4,0 = -4,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +4,0 = +4,5 dioptrieën)
  - Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch -4,0 = -4,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +4,0 = +4,0 dioptrieën)

### 3.25 Logeerhuis bij ziekenhuisopname

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar	100% maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar	100%	100%

#### Voorwaarden:

- Vergoeding van de eigen bijdrage voor ouders of partner bij een Ronald McDonaldhuis of een aan het ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.
- Het gezinslid dat is opgenomen moet bij ons verzekerd zijn.

### 3.26 MammaPrint

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%	100%

#### Voorwaarden:

- De MammaPrint wordt uitgevoerd door Laboratorium Agendia.
- De aanvraag wordt gedaan door uw behandelend medisch specialist.
- Wij vergoeden geen:
  - MammaPrint wanneer de oncologische arts de MammaPrint niet medisch noodzakelijk vindt.

#### Toelichting:

- MammaPrint is een diagnostische test en geeft aan hoe agressief een borsttumor is en of chemotherapie na verwijdering van een tumor effectief is.
- Zie voor meer informatie over de MammaPrint en Laboratorium Agendia [www.mammaprint.nl](http://www.mammaprint.nl).

### 3.27 Mantelzorg (vervangend)

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		7 dagen per verzekerde per kalenderjaar via Handen in Huis	14 dagen per verzekerde per kalenderjaar via Handen in Huis	21 dagen per verzekerde per kalenderjaar via Handen in Huis

#### Voorwaarden:

- Vergoeding van de kosten voor vervangende zorg voor de hulpbehoevende als de vaste mantelzorgers afwezig zijn.
- U krijgt de zorg geleverd door Handen in Huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland te Bunnik). Zij beoordelen of u in aanmerking komt voor deze zorg.

#### Toelichting:

- Meer informatie vindt u op [www.handeninhuis.nl](http://www.handeninhuis.nl).

### 3.28 Orthodontie

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		Tot 18 jaar 80% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	Tot 18 jaar 80% maximaal € 2.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent Vanaf 18 jaar 80% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	Tot 18 jaar maximaal € 2.500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent Vanaf 18 jaar maximaal € 1.500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent

#### Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- Er geldt een wachttijd van 12 maanden. De kosten van orthodontie tot 12 maanden na het ingaan van deze verzekering worden daarom niet door ons vergoed.
- Vergoeding die al door ons is verleend op een andere aanvullende zorgverzekering wordt op het maximum in mindering gebracht.
- Indien u al een aansluitende orthodontiedekking bij ons had is de wachttijd niet van toepassing.
- Als u 18 wordt gedurende de behandeling wordt de vergoeding die is verleend voor het bereiken van de 18 jarige leeftijd op de vergoeding daarna in mindering gebracht.

### 3.29 Orthoptie

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100%	100%	100%	100%

**Voorwaarden:**

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthoptist.

### 3.30 Overgangsconsulent

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	100% maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent

**Voorwaarden:**

- De behandeling wordt uitgevoerd door een overgangsconsulent die aangesloten is bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC).

**Toelichting:**

- Een overgangsconsulent is een verpleegkundige die gespecialiseerd is in alles wat te maken heeft met de overgang.

### 3.31 Pedicure

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100%	100%	100%	100%

**Voorwaarden:**

- U heeft diabetes of reuma.
- U wordt behandeld door een pedicure.

### 3.32 Plakstrips voor mammaprothese

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	50%	100%	100%	100%

**Voorwaarden:**

- U heeft van ons of een vorige zorgverzekeraar een vergoeding gekregen voor een mammaprothese.

### 3.33 Plastische chirurgie

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% flapoorcorrectie en behandelingen van plastisch chirurgische aard	100% flapoorcorrectie en behandelingen van plastisch chirurgische aard

**Voorwaarden:**

- Vergoeding voor flapoorcorrectie en behandelingen van plastisch chirurgische aard als u een aantoonbare lichamelijke functiestoornis heeft of als er sprake is van verminking.
- De behandeling wordt niet op uw zorgverzekering vergoed.
- U heeft vooraf onze toestemming nodig.

- Voor de beoordeling hebben wij nodig:
  - Een schriftelijke aanvraag van de uw behandelend specialist, inclusief foto's.
  - Uw schriftelijke verklaring van de klachten.
- U wordt behandeld door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.
- We vergoeden geen:
  - Behandelingen waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

### 3.34 Plaswekker

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% voor de aanschaf of maximaal 3 maanden huur	100% voor de aanschaf of maximaal 3 maanden huur	100% voor de aanschaf of maximaal 3 maanden huur	100% voor de aanschaf of maximaal 3 maanden huur

#### Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing gekregen van de behandelend arts.

### 3.35 Podotherapie/Podologie/Podoposturale therapie

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100%	100%	100%	100%

#### Voorwaarden:

- U wordt behandeld door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut.

### 3.36 Refertilisatie

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100%	100%

#### Voorwaarden:

- Vergoeding voor het ongedaan maken van een sterilisatie.
- U wordt behandeld in een ziekenhuis.

### 3.37 Reiskosten ziekenbezoek (aan meeverzekerden)

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	€ 0,31 per kilometer vanaf de 15e opnamedag	€ 0,31 per kilometer vanaf de 15e opnamedag	€ 0,31 per kilometer vanaf de 15e opnamedag	€ 0,31 per kilometer vanaf de 5e opnamedag

#### Voorwaarden:

- Zowel u als het gezinslid dat is opgenomen moet bij ons aanvullend verzekerd zijn.
- Het meeverzekerde gezinslid is opgenomen in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek.
- Wij vergoeden per gezin per dag 1x de heenreis en 1x de terugreis over de kortst mogelijke route.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis of revalidatiekliniek over het aantal ligdagen.
- Wij vergoeden geen:
  - Reiskosten bij een opname in verband met geestelijke gezondheidszorg.

### 3.38 Sterilisatie

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100%	100%

#### Voorwaarden:

- U wordt behandeld in een ziekenhuis, een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum of door de huisarts.

### 3.39 Steunzolen of therapeutische zolen

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% voor 1 paar per kalenderjaar	100% voor 1 paar per kalenderjaar	100% voor 1 paar per kalenderjaar	100% voor 1 paar per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing gekregen van de behandelend arts, podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut.

### 3.40 Stottertherapie

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% maximaal € 500 per kalenderjaar	100% maximaal € 1.000 per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- Vergoeding voor Del Ferro-methode, de Hausdorfer-methode, het McGuire-programma of de BOMA-methode.
- Wij vergoeden geen:
  - Kosten van verblijf.

### 3.41 Tandarts voor verzekerden tot 18 jaar

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% voor behandelingen en eigen bijdragen die niet op de zorgverzekering worden vergoed	100% voor behandelingen en eigen bijdragen die niet op de zorgverzekering worden vergoed	100% voor behandelingen en eigen bijdragen die niet op de zorgverzekering worden vergoed	100% voor behandelingen en eigen bijdragen die niet op de zorgverzekering worden vergoed

#### Voorwaarden:

- U wordt behandeld door een tandarts of mondhygiënist.
- Wij vergoeden geen:
  - Orthodontie. Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 3.28.

#### Toelichting:

- Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op [www.amersfoortse.nl/zorg](http://www.amersfoortse.nl/zorg) zie 'Voorwaarden en dekkingen'.

### 3.42 Therapeutische kampen

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% maximaal € 250 eenmaal per 12 maanden	100% eenmaal per 12 maanden	100% eenmaal per 12 maanden	100% eenmaal per 12 maanden

#### Voorwaarden:

- U heeft astma, een oncologische aandoening of diabetes en bent jonger dan 21 jaar.
- Vergoeding voor deelnamekosten van verblijf in een astmakamp, oncologisch kamp of diabeteskamp in Nederland.
- Georganiseerd door:
  - Stichting Heppie
  - Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen
  - Diabetes Vereniging Nederland

### 3.43 Verloskundige zorg en kraamzorg

#### Bevalling poliklinisch (eigen bijdrage en boven maximale vergoeding)

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		100%	100%	100%

#### Toelichting:

- Met eigen bijdrage en boven maximale vergoeding bedoelen wij de kosten die u volgens de voorwaarden van de zorgverzekering zelf moet betalen.

#### Kraamzorg bij opname in een kraamhotel of ziekenhuis zonder medische noodzaak (eigen bijdrage)

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 16,50 per opnamedag	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 16,50 per opnamedag	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 16,50 per opnamedag

#### Toelichting:

- Met eigen bijdrage bedoelen wij de kosten die u volgens de voorwaarden van de zorgverzekering zelf moet betalen.

#### Kraamzorg thuis (eigen bijdrage voor vrouwelijke verzekerde)

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 4,15 per uur verleende zorg	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 4,15 per uur verleende zorg	100% voor de eigen bijdrage tot maximaal € 4,15 per uur verleende zorg

#### Toelichting:

- Met eigen bijdrage bedoelen wij de kosten die u volgens de voorwaarden van de zorgverzekering zelf moet betalen.

#### Uitgestelde kraamzorg en couveuse nazorg

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		100% maximaal 4 uur per bevalling	100% maximaal 8 uur per bevalling	100% maximaal 8 uur per bevalling

#### Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing van een medisch specialist, huisarts of verloskundige.
- De kraamzorg wordt gegeven door een gediplomeerd kraamverzorgende.

#### Kraamzorg bij adoptie

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		100% maximaal 4 uur bij een kind jonger dan 6 maanden	100% maximaal 8 uur bij een kind jonger dan 6 maanden	100% maximaal 8 uur bij een kind jonger dan 6 maanden

#### Voorwaarden:

- De kraamzorg wordt gegeven door een gediplomeerd kraamverzorgende verbonden aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel.

### 3.44 Wildcard

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
100% maximaal € 1.000 per ongeval	100% maximaal € 1.000 per ongeval	100% maximaal € 1.000 per ongeval	100% maximaal € 1.000 per ongeval	100% maximaal € 1.000 per ongeval

#### Voorwaarden:

- Vergoeding voor zorgkosten na een ongeval die niet volledig worden vergoed op uw zorg- of aanvullende verzekering.
- Het ongeval is u overkomen in het lopende of het voorafgaande kalenderjaar.
- De Wildcard kan alleen worden gebruikt als u op het moment van het ongeval een zorgverzekering en een aanvullende verzekering bij ons heeft.
- Alleen geldig voor zorgkosten die zijn gemaakt in Nederland of het buitenland. De geneeskundige zorg is verleend door professionele zorgverleners.
- U heeft recht op inzet van de Wildcard voor één ongeval per kalenderjaar. Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
- Wij vergoeden geen:
  - Kosten die onder het eigen risico vallen.
  - Brillen en lenzen.

### 3.45 Wondverzorging

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% maximaal € 50 per kalenderjaar	100% maximaal € 100 per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- Vergoeding voor zelfzorgmiddelen voor wondverzorging.
- De middelen moeten worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

### 3.46 Ziekenvervoer binnen Nederland

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% voor vervoer met een taxi van Transvision 100% voor eigen bijdrage zittend ziekenvervoer € 0,31 per kilometer voor vervoer met eigen auto € 0,70 per kilometer voor vervoer door een niet gecontracteerde taxivervoerder	100% voor vervoer met een taxi van Transvision 100% voor eigen bijdrage zittend ziekenvervoer € 0,31 per kilometer voor vervoer met eigen auto € 0,70 per kilometer voor vervoer door een niet gecontracteerde taxivervoerder

#### Voorwaarden:

- Wij vergoeden de kosten alleen als openbaar vervoer om medische redenen voor u niet verantwoord is.
- U heeft een verwijzing van uw huisarts of behandelend medisch specialist, waaruit deze medische redenen blijken.
- U heeft vooraf onze toestemming nodig.
- De behandeling moet op uw zorgverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed onder fysiotherapie en oefentherapie, ergotherapie, Herstel & Balans of herstellingsoord. Voor de eigen bijdrage op ziekenvervoer moet er alleen sprake zijn van zittend ziekenvervoer dat op de zorgverzekering wordt vergoed.
- Met uitzondering van de eigen bijdrage op ziekenvervoer vindt er alleen vergoeding plaats indien er geen aanspraak is vanuit de zorgverzekering.
- Wij vergoeden ziekenvervoer op basis van de kortst mogelijke heen- en terugreis tussen uw woonhuis en de zorginstelling.

#### Toelichting:

- Transvision is een vervoersregisseur die een taxi voor u verzorgt van en naar de zorginstelling. Als u wilt weten of u aanspraak kunt maken op taxivervoer van Transvision. Bel: 0900 – 33 33 33 0 (€ 0,15 per minuut).

## 4. OMVANG VAN DE DEKKING PREVENTIE

### 4.1 Beweegprogramma's

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
		100% maximaal € 100 per kalenderjaar	100% maximaal € 200 per kalenderjaar	100% maximaal € 350 per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- U doet mee aan een beweegprogramma en heeft daarvoor een verwijzing gekregen van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- U heeft revalidatie na voormalig hartfalen, Diabetes type 2, COPD in de stadia Gold 1 of 2, een oncologische aandoening, osteoporose of een BMI van >30. Voor kinderen geldt de internationale BMI standaard voor ernstig overgewicht.
- Het programma dient te worden gegeven door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut, die in hun praktijk structureel beweegprogramma's aanbieden. Het programma dat aangeboden dient te worden is gecertificeerd door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en dient te worden afgestemd op bovenstaande doelgroepen.

#### Toelichting:

- Het BMI-schema voor kinderen vindt u onder andere op [www.voedingscentrum.nl](http://www.voedingscentrum.nl). Het telefoonnummer is: (070) 306 88 88.

### 4.2 Lidmaatschap patiëntenvereniging

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
				100%

#### Voorwaarden:

- De patiëntenvereniging is aangesloten bij een landelijk of regionaal patiënten- en consumentenplatform.

### 4.3 Mindfulness

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% maximaal € 100 per kalenderjaar	100% maximaal € 100 per kalenderjaar	100% maximaal € 100 per kalenderjaar	100% maximaal € 100 per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- Wij ontvangen graag van u een bewijs van deelname. Dit kan bijvoorbeeld een bewijs van aanmelding/deelname of een bewijs van betaling zijn.
- Trainer dient te zijn aangesloten bij een organisatie die is gericht op mindfulness.
- Voor een training die in het ene kalenderjaar begint en doorloopt in het volgende kalenderjaar wordt eenmaal vergoeding verleend.

### 4.4 Obesitasbehandeling

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	100% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent

#### Voorwaarden:

- U heeft een BMI >40.
- U heeft vooraf toestemming van onze afdeling Managed Care nodig.
- Behandeling vindt plaats bij Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) te Hilversum.
- Vergoeding vindt achteraf plaats, als u het programma heeft afgerond.



**Toelichting:**

- Meer informatie over het NOK vindt u op [www.obesitaskliniek.nl](http://www.obesitaskliniek.nl).

**4.5 Preventieve cursussen**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100% maximaal € 250 per kalenderjaar	100% maximaal € 500 per kalenderjaar	100%	100%

**Voorwaarden:**

- Vergoeding voor gezondheids cursussen waarmee wij een reeks van lessen gegeven door een gediplomeerd zorgverlener bedoelen. Deze lessen moeten u helpen uw gezondheid of van uw meeverzekerden te verbeteren of u beter leren omgaan met uw ziekte. Hieronder vallen de cursussen:
  - Algemene cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging
  - Babymassage
  - Eerste hulp bij kindergevallen
  - EHBO
  - Hartproblemen
  - Reanimatie
  - Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew
  - Zelfmanagement lymfoedeem
  - Zwangerschaps cursus, zwangerschapsgym of zwangerschapsyoga
- 'Babymassage' moet gegeven worden door een thuiszorgorganisatie.
- 'Hartproblemen' is alleen bedoeld voor mensen met hartproblemen. Deze cursus moet zijn georganiseerd door een thuiszorgorganisatie.
- 'Reanimatie' is een basis cursus en moet worden gegeven volgens de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad.
- 'Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew' is alleen bedoeld voor mensen die reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew hebben. Deze cursus moet worden georganiseerd door de Reumapatiëntenbond of een thuiszorgorganisatie.
- Zelfmanagement lymfoedeem moet worden georganiseerd door een docent die de opleiding tot docent zelfmanagement lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd.
- De zwangerschaps cursus, zwangerschapsgym of zwangerschapsyoga moet worden gegeven door een thuiszorgorganisatie, een patiëntenvereniging aangesloten bij een regionaal patiënten en consumentenplatform, door een Cesar-, Mensendieck- of een bekkenfysiotherapeut, door 'Bevallen en Opstarten' of 'Kraamzus'.

**4.6 Preventieve geneeskunde****Preventieve onderzoeken naar hart- en bloedvaten en cholesterol**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100%	100%	100%	100%

**Voorwaarden:**

- De preventieve onderzoeken worden uitgevoerd door de huisarts of Meditel.

**Toelichting:**

- Meer informatie vindt u op [www.meditel.nl](http://www.meditel.nl).

**Preventieve vaccinaties voor griep, hepatitis-B en meningokokken**

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
	100%	100%	100%	100%

**Voorwaarden:**

- Vaccinaties worden uitgevoerd door de huisarts of Meditel.

**Toelichting:**

- Meer informatie vindt u op [www.meditel.nl](http://www.meditel.nl).

## Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor tijdelijk verblijf in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100%	100%

### Voorwaarden:

- Vergoeding voor vaccinaties en geneesmiddelen die volgens de adviezen van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) ter bescherming of voorkoming van ziektes nodig zijn.

### Toelichting:

- De vaccinaties kunnen worden gegeven door de GGD en Meditel. Reizigersvaccinaties kunnen ook gegeven worden door PreMeo Thuisvaccinatie.
- Meer informatie vindt u op:
  - [www.LCR.nl](http://www.LCR.nl)
  - [www.ggdreisvaccinaties.nl](http://www.ggdreisvaccinaties.nl)
  - [www.meditelopreis.nl](http://www.meditelopreis.nl)
  - [www.thuisvaccinatie.nl](http://www.thuisvaccinatie.nl)

## Preventief Medisch Onderzoek Basis

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% eenmaal per 24 maanden	100% eenmaal per 12 maanden

### Voorwaarden:

- Vergoeding voor het 'Preventief Medisch Onderzoek Basis' van Meditel, dit betreft een algemene screening inclusief longfunctieonderzoek en ECG (ElectroCardioGram: hartfilmpje in rust).

### Toelichting:

- Meer informatie vindt u op [www.meditel.nl](http://www.meditel.nl).

## 4.7 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten

Wat krijgt u vergoed?				
Compact	Budget	Basis	Uitgebreid	Optimaal
			100% voor blessureconsulten 100% eenmaal per 24 maanden voor sportmedisch onderzoek	100% voor blessureconsulten 100% eenmaal per 12 maanden voor sportmedisch onderzoek

### Voorwaarden:

- Het sportmedisch onderzoek en de blessureconsulten worden uitgevoerd door een Sport Medisch Instituut (SMI), Sport Medisch Centrum (SMC) of Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- Zowel SMA, SMI als SMC moeten voldoen aan de onafhankelijke kwaliteitscriteria die zijn vastgesteld door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).
- Sportkeuringen vallen ook onder sportmedisch onderzoek.

## 5. OMVANG VAN DE DEKKING TANDARTS

### 5.1 Tandheelkundige behandelingen

\* = Dit is het maximale bedrag dat wij per kalenderjaar vergoeden voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.

#### Reguliere behandelingen

Wat krijgt u vergoed?			
Tandarts Basis	Tandarts Extra	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Optimaal
100% maximaal € 250 * per kalenderjaar	100% maximaal € 500 * per kalenderjaar	100% maximaal € 750 * per kalenderjaar	100% maximaal € 1.500 * per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- Vergoeding voor:
  - Consultatie en diagnostiek: C codes
  - Chirurgische ingrepen: H codes
  - Maken en beoordelen foto's: X codes
  - Preventieve mondzorg: M codes
  - Verdoving: A codes (m.u.v. A20 algehele narcose)
  - Vullingen: V codes
- U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of mondhygiënist. Kaakchirurgische ingrepen uitgevoerd door een kaakchirurg, die niet door de tandarts zelf uitgevoerd worden, vallen niet onder de dekking van de tandartsverzekering, maar onder de zorgverzekering. Hierop is het eigen risico van toepassing.
- Wij vergoeden geen:
  - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden.  
Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 3.28.
  - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
  - Behandelingen die verband houden met een abonnement bij de tandarts.

#### Toelichting:

- Een lijst met verrichtingencodes en tarieven vindt u op [www.amersfoortse.nl/zorg](http://www.amersfoortse.nl/zorg) zie 'Voorwaarden en dekkingen'.

#### Specialistische behandelingen

Wat krijgt u vergoed?			
Tandarts Basis	Tandarts Extra	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Optimaal
75 % maximaal € 250 * per kalenderjaar	75 % maximaal € 500 * per kalenderjaar	75 % maximaal € 750 * per kalenderjaar	75 % maximaal € 1.500 * per kalenderjaar

#### Voorwaarden:

- Vergoeding voor:
  - Verdoving door middel van een roesje: B codes
  - Algehele narcose (A20)
  - Wortelkanaalbehandelingen: E codes
  - Kronen en bruggen: R codes
  - Kaakgewrichtsbehandelingen: G codes
  - Kunstgebitten (partiële protheses) : P codes
  - Tandvlesbehandelingen (paradontologie): T codes
  - Implantaten: J codes
- U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist. Kaakchirurgische ingrepen uitgevoerd door een kaakchirurg, die niet door de tandarts zelf uitgevoerd worden, vallen niet onder de dekking van de tandartsverzekering, maar onder de zorgverzekering. Hierop is het eigen risico van toepassing.
- Wij vergoeden geen:
  - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden.
  - Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 3.28.
  - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
  - Behandelingen die verband houden met een abonnement bij de tandarts.
- Implantaten als er sprake is van plaatsing in een zeer ernstig geslonken tandloze kaak. Deze kosten vallen onder de zorgverzekering. Hierop kan eigen risico van toepassing zijn.

**Toelichting:**

- Een lijst met verrichtingencodes en tarieven vindt u op [www.amersfoortse.nl/zorg](http://www.amersfoortse.nl/zorg).

**Spoeisende tandheekundige hulp in het buitenland**

Wat krijgt u vergoed?			
Tandarts Basis	Tandarts Extra	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Optimaal
100 % maximaal € 250 * per kalenderjaar	100 % maximaal € 500 * per kalenderjaar	100 % maximaal € 750 * per kalenderjaar	100 % maximaal € 1.500 * per kalenderjaar

**Voorwaarden:**

- Bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Alleen vergoeding voor behandelingen uitgevoerd door een tandarts die niet uitgesteld kunnen worden tot na terugkomst in Nederland.

---

## 6. UITSLUITINGEN

---

### Wij vergoeden geen:

- Na-u-clausule: de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan;
- Samenloop: zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
  - een wettelijk geregelde verzekering;
  - regeling van overheidswege;
  - enigerlei subsidieregeling;
  - of een andere overeenkomst.In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;
- Wlz: verstrekkingen krachtens de Wlz waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de Wlz zouden komen;
- Eigen bijdrage Wlz: eigen bijdragen krachtens de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;
- Niet nagekomen afspraak: declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- Preventieve geneeskunde: de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 4.6 en 4.7.
- Preventieve onderzoeken: behandelingen en onderzoeken die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken;
- Celtherapie: de kosten van celtherapie;
- Fitness: de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;
- Behandelingen binnen een gezin: de kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij De Amersfoortse hiervoor toestemming heeft verleend;
- Dekking: de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling of verstrekking bepalend is;
- Molest: kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking) zie clausule terrorismedekking;
- Atoomkernreacties: kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

---

## 7. DIENSTEN MANAGED CARE

---

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat zij actief op zoek gaan om binnen redelijke termijn kwalitatief goede zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een ZBC), het regelen van hulpmiddelen en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81 en via [managed.care@amersfoortse.nl](mailto:managed.care@amersfoortse.nl).

---

## 8. ALGEMEEN

---

### Bedenktijd

De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst zonder opgave van redenen te ontbinden in de volgende twee gevallen:

- Binnen 14 dagen nadat de overeenkomst tot stand is gekomen.
- Als de overeenkomst later tot stand komt, binnen 14 dagen nadat de eerste polis is ontvangen.

Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

### Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, alsmede, indien medische keuring heeft plaatsgevonden, de bij die keuring door verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer en/of verzekerde kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer en/of verzekerde alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekeringnemer en/of verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekeringnemer en/of verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft de zorgverzekeraar tevens het recht de verzekering op te zeggen.

### Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

### Privacyreglement

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij de gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 91627, 2509 EE te Den Haag.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl). Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

### Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

### Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

### Aanvullende verzekering kinderen

De verzekerde jonger dan 18 jaar is verzekerd op dezelfde aanvullende verzekering als de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer. Bij wijziging van de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer, wijzigt de aanvullende verzekering van de verzekerde jonger dan 18 jaar automatisch mee.

### Materiële controle en gepast gebruik

Materiële controle zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Een materiële controle bestaat uit een rechtmatigheidscontrole (is de in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk geleverd) en een doelmatigheidscontrole (was de geleverde prestatie gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde het meest voor de hand liggend).

Gepast gebruik bestaat vanuit het oogpunt van de zorgverzekering gezien uit drie elementen:

- Voldoet de gedeclareerde zorg aan de stand van wetenschap en praktijk.
- Voldoet de gedeclareerde zorg aan de indicatievoorwaarden.
- Is de verzekerde ook redelijkerwijs op de zorg aangewezen (doelmatigheid en kwaliteit van zorg).

### DBC-Zorgproduct

Voor de vaststelling van de vergoeding wordt de DBC-Zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

---

## 9. PREMIE

---

### Premie verschuldigd

Krachtens deze aanvullende zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

### Leeftijdsafhankelijke premie

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Overschrijdt u een leeftijdsgrens? Dan wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar.

### Leeftijdsbepaling

Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

### Premierestitutie

Behalve bij opzegging door de zorgverzekeraar wegens het opzettelijk misleiden van de zorgverzekeraar, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

---

## 10. PREMIEBETALING EN BETALINGSACHTERSTAND

---

### Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie te (her) berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding. Hebt u ons gemachtigd om de premie automatisch af te schrijven van het door u opgegeven rekeningnummer? Dan schrijven wij het door u te betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van uw rekening. Omdat wij niet met terugwerkende kracht automatisch kunnen incasseren kan het voorkomen dat u voor de eerste (paar) incasso's een acceptgirokaart ontvangt. De hoogte van de premie vindt u op het polisblad dat u van ons ontvangt.

Indien is gekozen voor premiebetaling per jaar, halfjaar of kwartaal en de betaling is niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen voldaan, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor de premiebetalingstermijn om te zetten in maandbetaling. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.

### **Betalingsachterstand**

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt de aanvullende verzekering, bij een premieachterstand van vier maanden beëindigd. Dit geldt ook voor eventuele meeverzekerde(n). Indien wij tot beëindiging overgaan, ontvangt u een schriftelijke bevestiging. De verzekeringnemer dient de verschuldigde premie, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

Het is mogelijk om een nieuwe aanvullende verzekering aan te vragen, als de totale premieachterstand en de bijkomende kosten aan het incassobureau betaald zijn. De ingangsdatum wordt 1 januari van het volgende jaar, nadat alle premie en bijkomende kosten betaald zijn.

### **Onderbreking van de dekking bij detentie**

De verzekering wordt onderbroken gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

---

## **11. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER/ VERZEKERDE**

---

### **Schademeldingsplicht**

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

### **Schade-informatieplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

### **Medewerkingsplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

### **Originele nota's**

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen 3 jaren gerekend vanaf de behandeldatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

### **Belangen van de zorgverzekeraar**

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld.

Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden.



---

## 12. DECLARATIES EN ONDERBREKING VAN DE DEKKING

---

### Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen.

### Verschuldigde bedragen

De in dit artikel bij 'Rechtstreeks betaalde declaraties' genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

### Vordering in het algemeen

De in dit artikel bij 'Verschuldigde bedragen' omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer hiervan bericht heeft ontvangen.

De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Indien er tevens betalingsachterstand bestaat volgens art. 10 (Betalingsachterstand) heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de aanvullende verzekering voorrang op de schorsing zoals hierboven beschreven. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

---

## 13. REGRES

---

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekeringnemer en/of verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde, is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Indien de zorgverzekeraar de kosten met succes verhaalt, worden eventuele maximumvergoedingen in deze aanvullende verzekering niet ten gunste van de verzekerde aangepast.

---

## 14. FRAUDE

---

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplachtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplachtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie, de NZa en/of iSZW.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van a.s.r.

---

## 15. KENNISGEVING RELEVANTE GEBEURTENISSEN

---

### Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

### Bereiken van de 18 jarige leeftijd door een verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welk aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

---

## 16. HERZIENING VAN PREMIE OF VOORWAARDEN

---

### Herziening

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling.

### Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de herzieningsdatum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

---

## 17. DUUR VAN DE VERZEKERING

---

### Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen mits geaccepteerd. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

### Looptijd

Vanaf 1 januari voor onbepaalde tijd, met jaarlijks de mogelijkheid om de verzekering op te zeggen.

### Einde van de verzekering

Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

- Indien verzekeringnemer en/of verzekerde de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 10 (Premiebetaling) niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 10 (Betalingsachterstand), te beëindigen;
- Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 14, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/of verzekerde daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op, wij moeten de opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen;
- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice.

Als de verzekeringnemer uiterlijk op 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende jaar, zegt de nieuwe zorgverzekeraar de oude aanvullende verzekering op. Indien de verzekeringnemer niet wenst dat de nieuwe verzekeraar namens de verzekeringnemer de oude verzekering beëindigt dient verzekeringnemer dat aan te geven op het aanvraagformulier van de nieuwe verzekering.

Indien de verzekeringnemer de aanvullende zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 16 (Herziening) akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering dan binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 16 (Herziening) van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

Indien de bij de zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering eindigt, kan verzekeringnemer de aanvullende verzekering eveneens laten eindigen. In dit geval eindigt de aanvullende verzekering gelijktijdig met de zorgverzekering. Opzegging van de aanvullende verzekering dient schriftelijk te geschieden en is mogelijk tot uiterlijk de datum waarop de zorgverzekering eindigt.

De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

- De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;
- De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.

---

## 18. GESCHILLEN EN KLACHTEN

---

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

### Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met de beslissing die wij voor de uitvoering van de aanvullende verzekering hebben genomen, dan kunt u ons verzoeken deze beslissing te heroverwegen. U kunt uw verzoek richten aan De Amersfoortse Postbus 42, 3800 AA Amersfoort.

### SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven, dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Lukt bemiddeling niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. U kunt met uw verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

### Klachten

Hebt u een klacht die niet gaat over de uitvoering van uw aanvullende verzekering, neemt u dan eerst contact op met uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt, zo nodig in overleg met De Amersfoortse, naar een passende oplossing.

Als het overleg met uw verzekeringsadviseur geen oplossing biedt, kunt u een klacht bij ons indienen. Gebruik het klachtenformulier op [www.amersfoortse.nl/zorg](http://www.amersfoortse.nl/zorg) of stuur een brief aan De Amersfoortse Klachtenservice, Postbus 42, 3800 AA Amersfoort.

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg uw klacht dan ook voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

---

## 19. BEPALINGEN IN VERBAND MET COLLECTIVITEIT

---

**De bepalingen in artikel 19 gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.**

### Uitdiensttreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, wordt de verzekering zonder selectie voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering. De uitdiensttreding dient voor de datum van beëindiging van het oude dienstverband te worden gemeld bij de zorgverzekeraar.

Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet. Bij het beëindigen van de polis vervallen tevens alle kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel.

### Nieuwe collectieve verzekering

De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beiden in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

#### Afbreuk collectief karakter

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het collectieve karakter van het contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

### **Meeverzekerde kinderen op een werkgeverscollectief**

Op de eerste van de maand volgend op het bereiken van de 27-jarige leeftijd dient een kind dat is meeverzekerd op een werkgeverscollectief van zijn ouder(s) zich zelfstandig te verzekeren. Dit geldt niet voor een collectiviteit via een vereniging of een tussenpersonencollectiviteit. De zorgverzekeraar benadert zes weken voor deze datum de verzekeringnemer.

---

## **20. CLAUSULE TERRORISMEDEKKING**

---

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

---

## **21. BELANGRIJKE INFORMATIE**

---

### **De Amersfoortse Verzekeringen**

[www.amersfoortse.nl/zorg](http://www.amersfoortse.nl/zorg)

Telefoon: (033) 464 20 61

Afdeling Acceptatie

Email: [ziektkostenacceptatie@amersfoortse.nl](mailto:ziektkostenacceptatie@amersfoortse.nl)

Afdeling Zorg Claimbehandeling

Email: [zorg.claimbehandeling@amersfoortse.nl](mailto:zorg.claimbehandeling@amersfoortse.nl)

Managed Care

Email: [managed.care@amersfoortse.nl](mailto:managed.care@amersfoortse.nl)