

# Deel B

## Omvang Dekking AEGON Zorgverzekering Compleet

---

Indien aanspraken bestaan op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de AEGON Zorgverzekering Compleet een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de AEGON Basis Zorgverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde medische kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde medische kosten volgens officieel goedgekeurde en marktconforme tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

### Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerden hebben bij zwangerschap recht op een kraampakket (zie Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Compleet).

### Artikel 2 Arts-fleboloog/proctoloog

De kosten van behandeling door een arts-fleboloog/proctoloog.

### Artikel 3 Paramedische zorg

De kosten van paramedische hulp die door de behandelend huisarts of specialist is voorgeschreven. Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

- lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie  
De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.
- lid 2 Chiropractie  
De hulp verleend door een chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.
- lid 3 Acupunctuur  
Acupunctuurbehandelingen uitgevoerd door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is of door een acupuncturist die is aangesloten bij een erkende beroepsvereniging.
- lid 4 Orthoptische hulp  
Orthoptische hulp verleend door een orthoptist.
- lid 5 Osteopathie  
De hulp verleend door een osteopaat.

### Artikel 4 Niet-klinische psychiatrische zorg

Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage zoals bepaald in de AWBZ, voor de verstrekking niet-klinische psychiatrische zorg tot een maximum van €410,- per behandelreeks.

## **Artikel 5 Farmaceutische zorg**

- lid 1 De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (homeopathisch) arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogist. De volgende kosten worden vergoed:
1. de kosten van medicijnen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van €4.540,- per verzekerde per kalenderjaar;
  2. de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar;
  3. de kosten van geregistreerde homeopathische preparaten;
  4. de kosten van verbandmiddelen die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende hulp.
- lid 2 In tegenstelling tot hetgeen bepaald in het vorige lid:
1. bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van:
    - zelfzorggeneesmiddelen;
    - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
    - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken.
  2. heeft de verzekeraar de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

## **Artikel 6 Alternatieve geneeswijzen**

De kosten van het consulteren van een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals bijvoorbeeld een homeopathisch arts, een natuurarts, een antroposofisch arts, een arts Moermantherapie en een arts enzymtherapie. Vergoed wordt tot maximaal €27,- per behandeling met een maximum van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

## **Artikel 7 Vaccinaties**

50% van de kosten van de volgende vaccinaties tegen: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Tyfus; Cholera; Meningococci, wegens verblijf in het buitenland. Vergoed wordt tot een maximum van €91,- per verzekerde per kalenderjaar.

## **Artikel 8 Eigen bijdragen hulpmiddelen**

- lid 1 Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd zoals vermeld staat in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van €230,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor pruiken geldt de regeling als genoemd in lid 2. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.
- lid 2 De vergoeding voor de eigen bijdrage pruiken bedraagt maximaal €115,-.

## **Artikel 9 Overige hulpmiddelen**

- lid 1 Bewakingsapparatuur wiegendood  
De kosten van huur c.q. in bruikleengeving van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 2 Rolstoelen/Invalidenwagens  
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 3 Steunzolen  
De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering moet geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.
- lid 4 Verpleegartikelen  
De kosten van huur van verpleegartikelen als het gebruik ervan medisch noodzakelijk is. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 5 Wekapparaten  
De kosten van huur van plaswekkers (inclusief bandages) voor een periode van drie maanden per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering op voorschrift van de behandelend arts.

## **Artikel 10 Bijzondere behandelingen/therapieën**

- lid 1 Acné-behandeling  
De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts.
- lid 2 Camouflagetherapie  
De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en van voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 3 Elektrische epilatie  
De kosten van elektrische epilatie, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 4 Lymfedrainage  
De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem en de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 5 Podotherapie  
De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.

lid 6 Psoriasisdagbehandeling

1. De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van € 500,-. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend;
2. de reiskosten naar het psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten duurt, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.

lid 7 Stottertherapie

Vergoed worden de kosten van stottertherapie tot een maximum van € 350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

lid 8 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren

De verschuldigde eigen bijdrage van € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.

### Artikel 11 Ronald McDonald- of familiehuis

Vergoed wordt € 11,- per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 230,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis, in geval van een ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

### Artikel 12 Verblijf gezinslid bij levertransplantatie

De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch ziekenhuis Groningen van een gezinslid van de verzekerde gedurende het verblijf van de verzekerde in het Academische Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Maximaal worden de volgende kosten vergoed:

- verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde;
- de kosten van vervoer naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse of vervoer per eigen auto tot een maximum van € 0,21 per kilometer.

### Artikel 13 Ziekenvervoer

Voor verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering wordt de eigen bijdrage vergoed.

### Artikel 14 Orthodontie

Orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Vergoed wordt tot maximaal € 1.365,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

## Artikel 15 Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed.

- lid 1 Onvoorziene behandelingen:  
Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.
- lid 2 Voorziene behandelingen:  
De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Echter, behandelingen ondergaan in België, Frankrijk of Duitsland worden vergoed tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.
- lid 3 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.
- lid 4 ANWB Alarmcentrale  
In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ANWB Alarmcentrale. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ANWB Alarmcentrale.
- ANWB Alarmcentrale is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 70.
- lid 5 Repatriëring  
In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door ANWB Alarmcentrale.
- Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ANWB Alarmcentrale in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.
- lid 6 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ANWB Alarmcentrale bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

