

VOORWAARDEN EN VERGOEDINGEN

Ziekenfondsverzekering



Vanaf 1 januari 2003

AVÉRO  | achmea

Inhoudsopgave

Vergoeding	Bladzijde	Artikel	Ziekenfonds-wet	Basis Pakket	Aanvullend Pakket	Extra Aanvullend Pakket	Excellent Pakket	Achmea health
Aanmelding en inschrijving	4, 5	2, 3						
Aansprakelijkheid	7, 9	9, 10, 17, 18						
Acnébehandeling	15	13.1		■	■	■	■	
Alarmcentrale	16	1		■	■	■	■	■
Alarmeringsapparatuur	16	3	■					■
Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen	10, 11	1		■	■	■	■	
Beëindiging van de verzekering	5, 9, 10	3, 6, 12, 13						
Bevalling en kraamzorg	15	13.2		■	■	■	■	
Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood	16	7						■
Borstprothese	15	13.3		■	■	■	■	
Brillen/contactlenzen	15, 16	2						■
Buitenland	7, 11, 12	2, 15	■	■	■	■	■	■
Buitenland (vaccinaties en preventieve geneesmiddelen)	16	8						■
Camouflagetherapie	15	13.4		■	■	■	■	
Epilatie	12	3		■	■	■	■	
Farmaceutische zorg	7	16	■					
Fitness	17	15						■
Fysiotherapie	12	4	■	■	■	■	■	
Health shop	17	18						■
Herstellingsoort	12	5			■	■	■	
Hulpmiddelen	17	19	■					■
Klachten	8, 10	17, 22						
Kraampakket	16	5						■
Kraamzorg	14	12	■			■	■	
Kuurcentrum	17	14						■
Kuurreizen	12, 13	6		■	■	■	■	
Leefstijltrainingen	16	11						■
Logeerhuis	15	13.5		■	■	■	■	
Lymfe-oedeem	15	13.6		■	■	■	■	
Mantelzorg	13	7		■	■	■	■	
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	13	8	■	■	■	■	■	
Orthodontie	14	11.4	■			■	■	
Overgangsconsulent	17	17						■
Pedicure hulp	15	13.7		■	■	■	■	
Plaswekker	15	13.8		■	■	■	■	
Podotherapie, podo-kinesiologie en podo-orthesiologie	15	13.9		■	■	■	■	
Premie (betaling, heffing, peildata, vaststelling)	5, 6, 9	3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12						
Preventieve cursussen	16, 17	12						■
Preventieve onderzoeken	16	9						■
Privacy	8, 10	16, 23						
Pruik	15	13.10		■	■	■	■	
Psoriasiskuur	13	9		■	■	■	■	
Psychologische hulp	13	10		■	■	■	■	
Schadevergoeding	5	5						
Second opinion	16	4						■
Sportmedisch onderzoek	16	10						■
Steunzolen	15	13.11		■	■	■	■	
Stottertherapie	15	13.12		■	■	■	■	
Tandheelkundige hulp (algemeen)	13	11.1	■	■	■	■	■	
Tandheelkundige hulp (kroon en brugwerk)	14	11.2			■	■	■	
Tandheelkundige hulp (ongevalsgevolg)	14	11.3			■	■	■	
Therapeutisch kamp voor jongeren	15	13.13		■	■	■	■	
Uitsluitingen	9	8						
Vakanties (advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens)	17	20						■
Vergoedingen	8	5						
Verpleegartikelen (uitleen)	16	6						■
Verplichtingen van de verzekerde	5, 10	4, 15						
Verval van vorderingsrecht	7, 8, 10	11, 19						
Voedingsvoorlichting	17	13						■
Wachttijdbemiddeling	17	16						■
Wachttijden en overgang naar een ander pakket	9	7						
Wijziging algemene voorwaarden/reglement	8, 10	14, 20						
Ziekenbezoek	15	13.14		■	■	■	■	
Zorgaanspraken	6, 7	13, 14						

Het Avéro Achmea Ziekenfonds via uw eigen verzekeringsadviseur

Als ziekenfondsverzekerde heeft u tegenwoordig het recht zich aan te sluiten bij het ziekenfonds van uw eigen keuze. Een goede ontwikkeling, want u heeft zo de vrijheid u te oriënteren in verzekeringsland en u te verzekeren via het ziekenfonds dat naar uw mening het beste service- en dienstenpakket levert.

Daarnaast kan elke ziekenfondsverzekerde zich nu ook via zijn eigen verzekeringsadviseur - bij wie hij ook al z'n andere verzekeringen heeft afgesloten - voor ziektekosten verzekeren. Wel zo handig: zo lopen al uw verzekeringszaken via één vertrouwd adres.

Het Avéro Achmea Ziekenfonds biedt haar producten en diensten uitsluitend via verzekeringsadviseurs aan. Een welbewuste keuze: de verzekeringsadviseur kan u steeds van deskundig advies voorzien. Bovendien is hij welbekend in verzekeringsland en gaat voor u op zoek naar de verzekeringsproducten en diensten die naadloos aansluiten op úw situatie en op úw wensen.

Het Avéro Achmea Ziekenfonds biedt in de eerste plaats de standaard wettelijke ziekenfondsverzekering. Het pluspunt van Avéro Achmea zit in de aantrekkelijke extra pakketten die u kunt afsluiten. Het Basis Pakket, het Aanvullend Pakket, het Extra Aanvullend Pakket en Excellent Pakket. Aanvullende verzekeringen die u - tegen een lage premie - extra zorg en zekerheid bieden.

In deze brochure staan alle pluspunten van de vier extra zorgpakketten van het Avéro Achmea Ziekenfonds helder en overzichtelijk omschreven. Een advies: lees alles eens rustig door. Zo bepaalt u zelf welk pakket het beste aansluit op uw persoonlijke behoefte. En heeft u vragen? Uw verzekeringsadviseur geeft u graag alle informatie. Of u belt met het Avéro Achmea Ziekenfonds, telefoonnummer 0900 - 799 28 37 (EUR 0,05 p/min.).

Voor het stellen van vragen over Achmea *health* of het aanvragen van diensten van Achmea *health* belt u de Achmea *health* helpdesk: 0900 - 439 66 35 (EUR 0,05 p/min.). Vanuit het buitenland belt u voor hulp van EuroCross het Achmea *health* alarmnummer: + 31 71 364 18 50.

Avéro Achmea brengt de wettelijke verzekering onder bij PWZ Achmea. Daarom wordt verderop in deze brochure steeds PWZ Achmea vermeld.

Ziekenfondsverzekering: vergoedingen en voorwaarden

Voor u ligt de brochure Ziekenfonds en Aanvullende Verzekering 2003. Hierin treft u de rechten en plichten aan voor u als verzekerde van PWZ Achmea. Naast Ziekenfonds/AWBZ en Aanvullende Verzekering treft u ook de vergoedingen aan van het Achmea *health* pakket. Tenzij anders vermeld zijn de genoemde vergoedingen per verzekerde per kalenderjaar.

In het kort:

Uw ziekenfondsverzekering en PWZ Achmea

In dit boekje staat informatie over uw ziekenfondsverzekering bij PWZ Achmea. PWZ Achmea doet er alles aan om de gezondheidszorg voor u zo goed mogelijk te organiseren. Daarvoor maken wij afspraken met praktisch alle zorgverleners en ziekenhuizen bij u in de buurt. Daarmee worden de kosten gedrukt en dat merkt u uiteindelijk in de premie die u betaalt voor uw verzekering.

Hoe bent u nu precies verzekerd?

In Nederland kennen we op de eerste plaats de AWBZ, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Als u zich inschrijft bij PWZ Achmea, bent u (in principe) ook verzekerd voor de AWBZ. De AWBZ is een verzekering voor iedere ingezetene. Onder de AWBZ valt onder andere de ouderenzorg, de zorg aan verstandelijk gehandicapten en bevolkingsonderzoek. Dit is allemaal wettelijk geregeld. Wat er allemaal in de AWBZ zit en hoeveel u daarvoor moet betalen, wordt door de overheid bepaald. Meestal wordt de inkomensafhankelijke premie AWBZ via de belasting direct op uw pensioen of salaris ingehouden.

Voor nadere informatie verwijzen wij u naar het Zorgkantoor dat werkzaam is in uw woonplaats. Voor de regio's Zaanstreek/Waterland kunt u het Zorgkantoor bereiken op telefoonnummer (075) 651 41 70.

Op de tweede plaats kennen we in Nederland de Ziekenfondswet. In de Ziekenfondswet staat wie aanspraak kan maken op deze wet. Bovendien staat in de wet wat verzekerd is. Zaken als het ziekenhuis, de medisch specialist, de huisarts en de apotheek worden in de Ziekenfondswet geregeld. In deze wet staat ook hoeveel u moet betalen voor het ziekenfonds. De inkomensafhankelijke premie wordt ingehouden op uw pensioen, uitkering of salaris. Alleen de zogenaamde 'nominale premie' betaalt u rechtstreeks aan PWZ Achmea.

Op grond van zowel de AWBZ als de Ziekenfondswet zijn wij verplicht om uw soft-nummer op te nemen in onze administratie. Dit nummer mogen wij uitsluitend gebruiken voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

Op de derde plaats kunt u zich aanvullend verzekeren. Dat is verstandig, omdat lang niet alles door de AWBZ of de Ziekenfondswet vergoed wordt. PWZ Achmea heeft voor u een uitgebreide keuze aan aanvullende verzekeringen. Zo kunt u zich verzekeren voor belangrijke zaken als alternatieve geneeswijzen, orthodontie, fysiotherapie en de tandarts. Meer informatie over de aanvullende verzekeringen staat elders in dit voorwaardenboekje.

Vrije keuze van zorgverlener

U heeft zelf de keuze welke zorgverlener u wilt hebben. Dit houdt in dat u bepaalt welke huisarts, apotheek of tandarts in uw woonplaats het beste bij uw wensen past. Voor het ziekenhuis of de medisch specialist geldt dat ook, maar als u naar het ziekenhuis of de medisch specialist moet, is een verwijzing van uw huisarts noodzakelijk.

Als u verhuist of als u zich voor het eerst inschrijft bij PWZ Achmea, dan kunt u de huisarts, apotheek of tandarts aan ons doorgeven. U kunt niet meer dan één huisarts, apotheek of tandarts hebben. De zorgverlener dient een overeenkomst met PWZ Achmea te hebben.

Relatiepas

Als u zich inschrijft bij PWZ Achmea, ontvangt u een gratis relatiepas. Op deze pas staat uw relatienummer, dat u kunt gebruiken bij zorgverleners of in het buitenland. U hoeft dan niet uw polis overal mee naar toe te nemen. Draag daarom de pas altijd bij u.

Hulpverlening van Achmea health Alarmcentrale:

Bij tijdelijk verblijf in het buitenland (maximaal 6 maanden) bent u bij spoedeisende geneeskundige zorg verzekerd van steun van Achmea *health* Alarmcentrale. Voor de vergoeding van eventuele medische kosten moet u een Aanvullende Verzekering hebben.

De meest belangrijke vormen van hulpverlening zijn:

- garantiestelling en administratieve afhandeling bij ziekenhuisopname en overleg met de behandelend arts (iedere 48 uur);
 - organiseren van het vervoer vanuit het buitenland naar Nederland;
 - inlichten familieleden als u daartoe zelf niet in staat bent;
 - organiseren van toezending medicijnen en hulpmiddelen;
 - organiseren van communicatie tussen behandelend arts in het buitenland en de huisarts/medisch specialist in Nederland.
- In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met Achmea *health* Alarmcentrale, het telefoonnummer staat op de achterzijde van uw pas.

Fraude

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

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat verzekeraar:

- a aangifte doet bij de politie;
- b de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigt;
- c registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- d uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvordert.

Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en AWBZ

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

- 1.1a de zorgverzekeraar: de Onderlinge Waarborgmaatschappij Groene Land PWZ Zorgverzekeraar U.A., KvK nr. 04038100;
 - 1.1b de verzekering: de in de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregelde verzekeringen;
 - 1.1c de verzekerde: de bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde en, voor wat betreft de ziekenfondsverzekering, - tenzij het tegendeel blijkt - diens medeverzekerde(n);
 - 1.1d de nominale premie: de premie zoals bedoeld in artikel 17 Ziekenfondswet;
 - 1.1e de procentuele premie: de premie, zoals bedoeld in artikel 18 van de Ziekenfondswet, juncto artikel 14 Aanwijzingsbesluit verplicht verzekerden Ziekenfondswet;
 - 1.1f de zorgverlener: de natuurlijke of rechtspersoon die zorg verleent en met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst als bedoeld in artikel 9, lid 1 Ziekenfondswet en artikel 10, lid 1 AWBZ heeft gesloten.
- 1.2 Voor zover bij of krachtens de Ziekenfondswet of de AWBZ of de statuten van de zorgverzekeraar niet anders is of wordt geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar en de verzekerden met betrekking tot de verzekering door dit verzekeringsreglement en de daaruit voortvloeiende overeenkomsten bepaald.
- 1.3 Begrippen die voorkomen in de Ziekenfondswet en/of de AWBZ en/of de daarop gebaseerde regelgeving en in dat verband zijn omschreven, hebben - tenzij het tegendeel blijkt - bij gebruik in dit reglement dezelfde betekenis.
- 1.4 De bepalingen in dit reglement gelden zowel voor de verzekering krachtens de AWBZ als - voor zover van toepassing - de Ziekenfondswet, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven.

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

- 2.1 De aanmelding als verzekerde in de zin van de Ziekenfondswet geschiedt door inlevering van een volledig ingevuld en door de verzekerde ondertekend aanmeldingsformulier bij de zorgverzekeraar.
- 2.2 De zorgverzekeraar schrijft degene die zich aanmeldt, met zijn medeverzekerde(n) in, mits hij naar het oordeel van de zorgverzekeraar voldoet aan de bij of krachtens de Ziekenfondswet gestelde voorwaarden voor de verzekering en met inachtneming van het dienaangaande bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en het overige bij de statuten en dit reglement bepaalde.
- 2.3 Voor degene die verzekerd is in de zin van de Ziekenfondswet en als zodanig bij de zorgverzekeraar is, dan wel wordt ingeschreven, geldt deze inschrijving tevens als inschrijving voor de toepassing van de AWBZ, voorzover de verzekerde voor de AWBZ verzekerd is.
- 2.4 De zorgverzekeraar schrijft degene die noch bij een ziekenfonds is ingeschreven, noch bij een ziektekostenverzekeraar is verzekerd, noch deelneemt aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren, op diens verzoek in als verzekerde ingevolge de AWBZ. Alvorens tot inschrijving ingevolge de AWBZ over te gaan beoordeelt de zorgverzekeraar of degene die wordt ingeschreven verzekerd is ingevolge de AWBZ.

- 2.5** De ingeschreven verzekerde ontvangt - mede ten behoeve van zijn medeverzekerden - van de zorgverzekeraar een bewijs van inschrijving. De verzekerde kan aan het bewijs van inschrijving geen aanspraken op verstrekkingen of vergoedingen ontlenen, indien niet (meer) aan de vereisten voor inschrijving in de verzekering wordt voldaan.

Artikel 3 Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

- 3.1** De inschrijving geldt voor een termijn van 1 kalenderjaar. Indien echter de inschrijving niet per 1 januari geschiedt, loopt de eerste inschrijvingstermijn tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijving plaatsvond.
- 3.2** De inschrijving wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met een termijn van 1 kalenderjaar verlengd, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk 2 maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijke mededeling heeft ontvangen dat hij na afloop van die termijn de inschrijving niet wil verlengen.
- 3.3** Onverminderd hetgeen dienaangaande in de voorgaande leden 1 en 2, alsmede bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ is bepaald, beëindigt de zorgverzekeraar de inschrijving in de verzekering zonder dat daartoe een opzegging door de zorgverzekeraar is vereist:
- 3.3a** met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer aan de vereisten voor inschrijving voor de verzekering voldoet;
- 3.3b** terstond, indien de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar nalatig is, desverlangd schriftelijk, de inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar hem heeft gevraagd ten behoeve van een goede uitvoering van de verzekering, waaronder een juiste vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid en de zorgverzekeraar het gerechtvaardigde vermoeden heeft dat niet langer aan de vereisten voor inschrijving wordt voldaan.
- 3.4** De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving als medeverzekerde in de verzekering:
- 3.4a** tegelijk met beëindiging van de inschrijving van de verzekerde op wiens verzekering de medeverzekering steunt;
- 3.4b** met ingang van de dag waarop de medeverzekerde niet meer voldoet aan de vereisten voor inschrijving als medeverzekerde;
- 3.4c** terstond, indien naar het oordeel van de zorgverzekeraar door of namens de medeverzekerde wordt nagelaten tijdig, desverlangd schriftelijk, inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar heeft gevraagd ten behoeve van een goede uitvoering van de verzekering, waaronder een juiste vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid en de zorgverzekeraar het gerechtvaardigde vermoeden heeft dat niet langer aan de vereisten voor inschrijving wordt voldaan.
- 3.5** Een beëindiging van de inschrijving op grond van een daartoe strekkende mededeling van de verzekerde, wordt door de zorgverzekeraar schriftelijk bevestigd. Indien de inschrijving om andere reden een einde neemt, wordt dit door de zorgverzekeraar meegedeeld.
- 3.6** De verzekerde heeft het recht de inschrijving tussentijds te beëindigen in het geval dat het verzoek is ingediend binnen 2 maanden nadat de zorgverzekeraar de verzekerde mededeling heeft gedaan van een wijziging van de door hem verschuldigde nominale premie. De inschrijving wordt dan beëindigd per datum dat de nominale premie wordt gewijzigd.

Artikel 4 Verplichtingen van de verzekerde

- 4.1** De verzekerde, alsmede de gewezen verzekerde, is verplicht:
- 4.1a** zo tijdig mogelijk en schriftelijk aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar behoeft voor een goede uitvoering van de verzekering en ook overigens de medewerking te verlenen die van hem mag worden verlangd voor een goede uitvoering van de verzekering;
- 4.1b** de verklaringen hem verstrekt ingevolge bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ gegeven voorschriften zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar te doen toekomen;
- 4.1c** de zorgverzekeraar terstond, doch uiterlijk in de week na die waarin deze zich voordeden schriftelijk in kennis te stellen van feiten of omstandigheden, welke tot beëindiging dan wel tot wijziging van de inschrijving en/of de hoogte van de premie kunnen leiden van hem of de medeverzekerden.
- 4.2** De verplichtingen bedoeld in het eerste lid hebben onder andere betrekking op:
- 4.2a** mutatiekaart, vragenformulieren en verzekeringsverklaring werkgever;
- 4.2b** verandering van werkgever, beëindigen van de dienstbetrekking en/of uitkering, wijziging van het inkomen;
- 4.2c** wijziging van woonplaats en adres;
- 4.2d** wijziging van gezinssamenstelling.

Artikel 5 Schadevergoeding

- 5.1** Onverminderd het bepaalde in het tweede lid van dit artikel en onverminderd het recht van de zorgverzekeraar de inschrijving te beëindigen, kan de zorgverzekeraar vergoeding vorderen van de schade, welke is geleden als gevolg van de omstandigheid, dat de verzekerde zich en/of zijn medeverzekerde(n) ten onrechte heeft doen inschrijven in de ziekenfondsverzekering, dan wel verzuimd heeft de zorgverzekeraar overeenkomstig het bepaalde in artikel 4, lid 1 onder c van dit reglement in kennis te stellen van het einde van zijn verzekering en/of die van zijn medeverzekerden. De schade wordt in beginsel gesteld op een door het College voor Zorgverzekeringen vast te stellen bedrag, gebaseerd op de landelijke gemiddelde jaarlijkse ziektekosten per hoofd van de bevolking in Nederland, berekend over de periode van onrechtmatige inschrijving.
- 5.2** Ten aanzien van degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde, ingeschreven in de ziekenfondsverzekering, kan de zorgverzekeraar de in het vorige lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan, indien de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.
- 5.3** Tenzij bij of krachtens de Ziekenfondswet anders is of wordt bepaald, is de zorgverzekeraar, ingeval de verzekerde nalatig is, de bedragen bedoeld in het eerste en tweede lid binnen een door de zorgverzekeraar te bepalen termijn te betalen, bevoegd de door de zorgverzekeraar te maken kosten voor invordering van deze bedragen inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de schadelijktige verzekerde of gewezen verzekerde.

Artikel 6 Premievaststelling en premieheffing

- 6.1** De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem, en voor zijn medeverzekerde als bedoeld in artikel 4, lid 1 Ziekenfondswet, een nominale premie, waarvan de hoogte door de zorgverzekeraar wordt vastgesteld.

- 6.2** De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem en voor zijn medeverzekerde als bedoeld in artikel 4 lid 1 Ziekenfondswet, voor zover het daartoe bij of krachtens de Ziekenfondswet is aangewezen van de verzekerden van 65 jaar of ouder een procentuele premie, waarvan de hoogte bij of krachtens artikel 18 Ziekenfondswet wordt vastgesteld. Het inkomen waarover de verzekerde premie is verschuldigd, wordt bij of krachtens de wet vastgesteld.
- 6.3** De verzekerde is verplicht de premie in maandelijkse termijnen bij vooruitbetaling te voldoen. De vervaldatum is de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.
- 6.4** De zorgverzekeraar int de premie bij de verzekerde voor hem en zijn medeverzekerden.
- 6.5** De zorgverzekeraar stelt de verzekerde zo tijdig mogelijk in kennis van wijzigingen van de hoogte van de premie.

Artikel 7 Peildata premie

- 7.1a** De zorgverzekeraar gaat voor het vaststellen van de premie uit van peildata.
- 7.1b** De zorgverzekeraar kan in bijzondere gevallen van de onder a genoemde regel afwijken.
- 7.2** Als peildatum, bedoeld in het eerste lid onder a geldt iedere eerste dag van een kalendermaand te rekenen vanaf het tijdstip van de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering en zolang de inschrijving voortduurt. Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan 60 dagen na de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering geldt als peildatum iedere eerste dag van een kalendermaand te rekenen vanaf de zestigste dag voor die van de aanmelding en zolang het recht op inschrijving als verzekerde voortduurt.
- 7.3** De premie wordt berekend over een volledige kalendermaand. De peildatum is de eerste dag van de kalendermaand.
- 7.4** Het bepaalde in lid 1, onder a is niet van toepassing met betrekking tot degene die zich als ziekenfondsverzekerde aanmeldt met de bedoeling aanspraak te maken op een vergoeding van kosten van geneeskundige verzorging, bedoeld in het bepaalde bij en krachtens artikel 29 van het Verstrekkingbesluit ziekenfondsverzekering over een reeds beëindigde periode van verplichte verzekering ingevolge de Ziekenfondswet.

Artikel 8 Nominale premie verschuldigd

- 8.1** Voor de verzekering van een verzekerde is over eenzelfde periode slechts éénmaal nominale premie verschuldigd.
- 8.2** Voor de verzekering van degene die uit hoofde van meer bepalingen ingevolge de Ziekenfondswet is verzekerd, is een nominale premie Ziekenfondswet verschuldigd als ware hij uit hoofde van niet meer dan 1 bepaling verzekerd.
- 8.3** Ingeval van verandering van zorgverzekeraar worden door de nieuwe zorgverzekeraar bij de berekening van de nominale premie geen tijdvakken in aanmerking genomen, die door de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde voordien was ingeschreven, reeds volgens de regels die laatstbedoelde zorgverzekeraar toepast, in aanmerking zijn genomen.

Artikel 9 Verhoging nominale premie

- 9.1** Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan 60 dagen na de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering is de premie slechts verschuldigd vanaf de zestigste dag voor die van de aanmelding, met dien verstande dat in

dat geval de zorgverzekeraar de premie over die 60 dagen kan verhogen. De verhoging bedraagt ten hoogste de op het tijdstip van aanmelding geldende nominale premie op jaarbasis. Indien de vertraagde aanmelding als bedoeld in de vorige volzin tevens of uitsluitend de medeverzekerde als bedoeld in artikel 6, eerste lid Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en AWBZ, betreft, wordt de verhoging voor deze medeverzekerden op overeenkomstige wijze berekend.

- 9.2** Het bepaalde in het eerste lid van dit artikel is eveneens van toepassing indien de inschrijving van de verzekerde plaatsvindt, zonder dat zijn verzekering op grond van de wet was geëindigd, op een dag later dan 60 dagen na het einde van een inschrijving bij een andere zorgverzekeraar.
- 9.3** Indien de verhoging wordt berekend over een periode langer dan 1 kalendermaand, stelt de zorgverzekeraar de verzekerde op diens verzoek in de gelegenheid het bedrag van de verhoging in termijnen te betalen. De vorige volzin is niet van toepassing indien naar het oordeel van de zorgverzekeraar kennelijk sprake is van bewust vertraagde aanmelding.

Artikel 10 Betaling premie

- 10.1** De verzekerde dient de premie bij voorkeur giraal te voldoen. Hij heeft daarbij de mogelijkheid de zorgverzekeraar machtiging te verlenen tot automatische incasso. De verzekerde kan zijn werkgever of de daarmee gelijk te stellen uitkerende instantie machtigen namens hem de premie aan de zorgverzekeraar te voldoen. Deze wijze van betalen laat de overige bepalingen van dit reglement onverlet.
- 10.2** Indien de zorgverzekeraar de premie bij de verzekerde incasseert, ontslaat het niet tijdig incasseren van de premie door de zorgverzekeraar de verzekerde niet van zijn verplichting tot tijdige premiebetaling.

Artikel 11 Nalatigheid bij betaling premie

- 11.1** Indien de verzekerde nalatig blijft de verschuldigde premie volgens de gestelde regels te betalen, kan de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag verhogen met administratiekosten, in en buiten rechte gemaakte invorderingskosten, alsmede de wettelijke rente.
- 11.2** De verhoging als bedoeld in het eerste lid kan eerst plaatsvinden nadat de verzekerde door de zorgverzekeraar schriftelijk is aangemaand de verschuldigde premie binnen een bij de aanmaning genoemde termijn te betalen en de verzekerde binnen die termijn de verschuldigde premie niet heeft betaald. De verhoging bedraagt tenminste EUR 2,-. Bij de derde en de volgende aanmaningen bedraagt de verhoging tenminste EUR 22,-, welk bedrag wordt verhoogd met de over het bedrag verschuldigde BTW indien de incasso in handen is gegeven van derden.

Artikel 12 Schuldige nalatigheid bij betaling premie

Indien de verzekerde schuldige nalatig blijft de door hem verschuldigde premie volledig te voldoen kan de zorgverzekeraar de kosten van door hem of zijn medeverzekerden geldend gemaakte aanspraken op zorg geheel of gedeeltelijk op hem verhalen.

Artikel 13 Zorgaanspraken

- 13.1** De verzekerde heeft naar aard, inhoud en omvang en onder de voorwaarden bij of krachtens de Ziekenfondswet en dit regle-

ment gesteld, aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in zijn geneeskundige verzorging, dan wel op een eventueel daarvoor in de plaats tredende uitkering in geld voor verstrekkingen die krachtens de wet zijn aangewezen.

- 13.2** De verzekerde heeft naar aard, inhoud en omvang en onder de voorwaarden bij of krachtens de AWBZ en dit reglement gesteld, aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in zijn geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. De zorg, als bedoeld in artikel 6, eerste lid van de AWBZ, wordt door de zorgverzekeraar als verstrekking aan de verzekerde verleend.

Artikel 14 Geldend maken van zorgaanspraken

- 14.1** De verzekerde die zijn aanspraak op zorg geldend wil maken wendt zich daartoe, naar vrije keuze, tot een persoon of instelling in Nederland met wie of waarmee de zorgverzekeraar tot dat doel een zogenoemde medewerkersovereenkomst heeft gesloten.

Daartoe maakt de verzekerde een keuze uit zorgverleners in zijn woonplaats of naaste omgeving die met de zorgverzekeraar tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten, met dien verstande dat de verzekerde voor zorg te verlenen door een huisarts, tandarts of apotheker behoudens in door de zorgverzekeraar te bepalen uitzonderingsgevallen, zich dient te wenden tot de huisarts, tandarts respectievelijk apotheker, op wiens naam hij staat ingeschreven.

De zorgverzekeraar verschaft informatie over namen en adressen van personen en instellingen met wie de zorgverzekeraar een medewerkersovereenkomst heeft gesloten.

- 14.2** Indien de verzekerde voor het geldend maken van zijn aanspraak op zorg zich wenst te wenden tot een persoon of instelling in Nederland met wie de zorgverzekeraar geen medewerkersovereenkomst heeft gesloten, kan de zorgverzekeraar daartoe vooraf toestemming verlenen, indien zulks voor de verkrijging van de in artikel 13 bedoelde zorg voor de verzekerde nodig is.
- 14.3** De verzekerde is verplicht om telkenmale als hij zich vervoegt bij een persoon of instelling, bedoeld in de vorige leden, deze aan te tonen door middel van een geldig bewijs van inschrijving dat hij als verzekerde bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.

Artikel 15 Zorgaanspraken in het buitenland

- 15.1** De verzekerde kan zich voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg vanuit Nederland wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend en zulks voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is.
- 15.2** De verzekerde kan zich voorts voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg in andere gevallen dan zoals bedoeld in het eerste lid wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland op de voorwaarden zoals bij en krachtens de wet bepaald.
- 15.3** De verzekerde dient voor het tot gelding brengen van zijn nota's van een apotheek, deze te voorzien van het voorschrift van de arts.

Artikel 16 Farmaceutische zorg

- 16.1** De verzekerde deelt bij de inschrijving aan de zorgverzekeraar mede op naam van welke apotheker, apotheekhoudende huis-

arts of instelling die farmaceutische zorg verleent, hij wenst te worden ingeschreven.

Daartoe maakt de verzekerde een keuze uit de zorgverleners uit de eigen woonplaats met wie de zorgverzekeraar tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.

- 16.2** De verzekerde kan een apotheekhoudende huisarts alleen dan als apotheker kiezen, indien hij deze ook als huisarts kiest.
- 16.3** Onverminderd het bepaalde in de tweede volzin van het eerste lid kan de verzekerde op zijn schriftelijk verzoek worden overgeschreven op naam van een andere zorgverlener voor zijn farmaceutische zorg.

Artikel 17 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een zorgverlener tot wie de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraak ingevolge de Ziekenfondswet en/of AWBZ geldend te maken.

Artikel 18 Aansprakelijkheid van derden

- 18.1** Indien een derde voor de kosten, voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de ziekenfondsverzekerde, aansprakelijk is - anders dan krachtens een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenregeling of een overeenkomst, door de verzekerde met een andere (rechts)persoon gesloten - is de verzekerde verplicht ten genoegen van de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, een en ander onverminderd het bepaalde in de artikelen 83a, 83b en 83c Ziekenfondswet.
- 18.2** Wanneer bij een aan de ziekenfondsverzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een derde is betrokken, dient hiervan zo spoedig mogelijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij de zorgverzekeraar en de bevoegde politieinstantie. Van de aangifte bij de bevoegde politieinstantie kan - zo mogelijk na overleg met de zorgverzekeraar - worden afgezien indien deze aangifte redelijkerwijze geacht kan worden niet bij te dragen aan het verhaal door de zorgverzekeraar van de kosten op bedoelde derde.
- 18.3** De ziekenfondsverzekerde is verplicht alvorens met een derde of met degene, die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de verzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met de zorgverzekeraar.
- 18.4** In geen geval mag de ziekenfondsverzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.
- 18.5** Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de voorgaande leden, is de ziekenfondsverzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de zorgverzekeraar veroorzaakte schade.

Artikel 19 Verval vorderingsrecht

Tenzij bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ anders is of wordt bepaald, vervalt elke vordering, die de verzekerde uit hoofde van een in dit reglement genoemde verzekering jegens de zorgverzekeraar krijgt, indien zij niet binnen een jaar na haar ontstaan bij de zorgverzekeraar is

ingediend. Het voorgaande lijdt uitzondering indien de verzekerde, naar het oordeel van de zorgverzekeraar, redelijkerwijze niet in staat was de vordering tijdig in te dienen. Het bepaalde in dit artikel heeft geen betrekking op aanspraken op verstrekingen die de verzekerde uit hoofde van zijn verzekering tot gelding zou kunnen brengen.

Artikel 20 Wijziging reglement

Dit verzekeringsreglement kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden gewijzigd, op de wijze zoals dat door de zorgverzekeraar in zijn statuten en/of huishoudelijk reglement is geregeld. Dit met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ.

Artikel 21 Niet geregelde gevallen

In niet in dit verzekeringsreglement geregelde gevallen, voor zover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ beslist de zorgverzekeraar.

Artikel 22 Geschillen

Voor het recht op vergoeding kan geen beroep worden gedaan op telefonische of mondelinge toezeggingen. De zorgverzekeraar zal de verzekerde desgevraagd en voor zover nodig uit eigener beweging informatie verschaffen met betrekking tot klacht- en beroepsmogelijkheden.

Artikel 23 Privacy

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruikt de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kan de zorgverzekeraar deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij PWZ Achmea, t.a.v. de privacymanager, Postbus 2169, 1500 GD Zaandam.

Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekering

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze algemene voorwaarden staan de rechten en verplichtingen die de verzekerde van Achmea Zorgverzekeringen N.V. heeft. Op deze voorwaarden is het Nederlands Recht van toepassing.

In deze algemene voorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Achmea Zorgverzekeringen

Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Noordwijk.

1.2 Ziekenfonds PWZ Achmea

de Onderlinge Waarborgmaatschappij Groene Land PWZ Zorgverzekeraar u.a. gevestigd te Utrecht.

1.3 de verzekerde

degene die bij PWZ Achmea is ingeschreven.

1.4 de wettelijk verzekerde

degene die is ingeschreven bij Ziekenfonds PWZ Achmea of een ander ziekenfonds.

1.5 de verzekering

de aanvullende verzekering die een aanvulling biedt op de ziekenfondsverzekering.

1.6 het overzicht van vergoedingen

de opsomming van vergoedingen waarop de verzekerde aanspraak kan maken.

1.7 de wachttijd

de termijn die verloopt tussen het tijdstip van inschrijving en het tijdstip waarop recht op enige vergoeding ontstaat.

Artikel 2 Inleiding

Als verzekerde kan worden ingeschreven:

- 2.1a de wettelijk verzekerde op grond van de Ziekenfondswet, die als zodanig is ingeschreven bij Ziekenfonds PWZ Achmea.
- 2.1b de wettelijk verzekerde op grond van de Ziekenfondswet, die als zodanig bij een ander ziekenfonds is ingeschreven, onder voorwaarde dat deze zich op grond van de Ziekenfondswet bij Ziekenfonds PWZ Achmea inschrijft, zodra beëindiging van de inschrijving bij het andere ziekenfonds mogelijk is. De verzekerde verplicht zich tijdig zorg te dragen voor afmelding bij het andere ziekenfonds. De inschrijving geschiedt per de eerste van de maand, volgend op de maand waarin het verzoek tot inschrijving als verzekerde is gedaan.
- 2.1c degene die daartoe bij besluit van de directie van PWZ Achmea is toegelaten.
- 2.2 De inschrijving geldt voor een termijn van minimaal één jaar. Indien de inschrijving niet per 1 januari geschiedt, loopt de eerste termijn tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijving plaatsvond. PWZ Achmea verlengt de inschrijving stilzwijgend met een jaar, tenzij de verzekerde opzegt conform de bepalingen in artikel 13.
- 2.3 Het verzoek tot inschrijving voor de verzekering dient schriftelijk te worden ingediend.
- 2.4 PWZ Achmea schrijft een ziekenfondsverzekerde slechts in als verzekerde wanneer het verzoek daartoe alle gezinsleden omvat die wettelijk verzekerd zijn.
- 2.5 PWZ Achmea kan de inschrijving voor de verzekering weigeren indien sprake is van betalingsachterstand van de wettelijke nominale premie.
- 2.6 De verzekerde is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst zo

spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan schriftelijk aan PWZ Achmea te melden.

- 2.7 De verzekerde ontvangt een bewijs van inschrijving in een door PWZ Achmea vast te stellen vorm, dat geldt als bewijs van de tussen hem en PWZ Achmea gesloten verzekeringsovereenkomst.

Artikel 3 Premie

PWZ Achmea stelt de premie vast en maakt deze op een door haar te bepalen wijze bekend.

Artikel 4 Premiebetaling

- 4.1 Geen premie is verschuldigd voor zolang de leeftijd van 16 jaar niet is bereikt. Is de verzekerde jonger dan 16 jaar en heeft die een zelfstandige rechtsgrond, dan is wel premie verschuldigd.
- 4.2 De premie voor de verzekering moet vooruit worden betaald.
- 4.3 De verschuldigde premie wordt per kalendermaand geïncasseerd.
- 4.4 Bij inschrijving in de loop van een kalendermaand wordt de premie in rekening gebracht met ingang van de eerste dag van de volgende kalendermaand.
- 4.5 Bij beëindiging van de verzekering overeenkomstig het bepaalde in artikel 12 vindt geen terugbetaling van betaalde premie plaats.
- 4.6 Als PWZ Achmea de premie niet of niet op tijd incasseert, dan is de verzekerde de premie niettemin verschuldigd.
- 4.7 Wanneer de in totaal verschuldigde premie niet binnen een maand na de premievervaldatum is betaald, vervallen alle aanspraken van de verzekerde op verstrekkingen. De aanspraken vervallen met ingang van de eerste dag van het tijdvak waarover de achterstallige premie is verschuldigd. Hiervoor is ingebrekestelling niet vereist. De verzekerde blijft verplicht tot verdere premiebetalingen. Bovendien kan PWZ Achmea de inschrijving beëindigen.
- 4.8 De aanspraken op verstrekkingen herleven op de dag nadat PWZ Achmea de achterstallige premie, inclusief eventuele invorderingskosten, heeft ontvangen. Deze herleving is niet van toepassing wanneer de verzekering is beëindigd op basis van artikel 12.1c.
- 4.9 Alle kosten van invordering - zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke - zijn voor rekening van de verzekerde.
- 4.10 De verzekerde mag geen premie verrekenen met een vergoeding die hij van PWZ Achmea tegoed heeft.

Artikel 5 Vergoedingen

PWZ Achmea stelt een overzicht van vergoedingen vast. Dit overzicht beschrijft inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van de verstrekkingen. Dit overzicht hoort bij deze algemene voorwaarden. Het overzicht en eventuele wijzigingen daarin, wordt door PWZ Achmea op een door haar te bepalen wijze aan de verzekerden bekend gemaakt.

Artikel 6 Toetreding en beëindiging in de loop van een kalenderjaar

Indien de verzekering wordt beëindigd in de loop van een kalenderjaar, wordt het recht op vergoeding vastgesteld naar rato van het aantal hele maanden gedurende welke de verzekerde is ingeschreven. Indien aan de verzekerde meer is vergoed dan waarop krachtens het aantal verzekerde maanden

aanspraak bestaat, behoudt PWZ Achmea zich het recht voor het teveel uitgekeerde bij de verzekerde terug te vorderen.

Artikel 7 Wachttijden en overgang naar een ander pakket

- 7.1 De verzekerde heeft aanspraak op de verzekerde verstrekkingen tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling bepalend is.
- 7.2 Bij gelijktijdige inschrijving bij Ziekenfonds PWZ Achmea en Aanvullende Verzekering PWZ Achmea geldt geen wachttijd.
- 7.3 Bij een inschrijving bij Aanvullende Verzekering PWZ Achmea later dan de inschrijving als ziekenfondsverzekerde bij Ziekenfonds PWZ Achmea gaan de rechten in per 1 januari van het jaar hierop volgend.
- 7.4 Wijziging van de verzekeringsvorm naar een meer uitgebreide dekking dient schriftelijk te worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari volgend op de datum van de aanvraag.
- 7.5 Wijziging van de verzekeringsvorm naar een minder uitgebreide dekking dient schriftelijk te worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari volgend op de datum van de aanvraag.

Artikel 8 Uitsluitingen

- 8.1 De verzekerde heeft jegens PWZ Achmea geen recht op enige verstrekking als bedoeld in artikel 5, indien en voor zover hij:
- 8.1a daarop aanspraken heeft ingevolge een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidie-regeling of een andere overeenkomst;
- 8.1b de kosten vergoed kan krijgen van een derde op grond van het Burgerlijk Wetboek of het Wetboek van Koophandel;
- 8.1c zich bij ziekenhuisopname in het buitenland en/of repatriëring niet heeft gewend tot de door PWZ Achmea aangewezen alarmcentrale;
- 8.1d aanspraken maakt op verstrekkingen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, opstand, burgeroorlog, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij;
- 8.2 Indien, wanneer deze verzekering niet bestond, aanspraak zou kunnen worden gemaakt op verstrekking of vergoeding van de verzekerde kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

Artikel 9 Verhaal op aansprakelijke derde

Op straffe van verlies van het recht op vergoeding van kosten die zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde zal de verzekerde al het mogelijke doen om PWZ Achmea te helpen bij het zoeken van verhaal op deze aansprakelijke derde. Zonder schriftelijke toestemming van PWZ Achmea mag de verzekerde geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.

Artikel 10 Vrijwaring van aansprakelijkheid

PWZ Achmea is niet aansprakelijk voor de schade die een zorgverlener de verzekerde berokkent door zijn toedoen of nalaten.

Artikel 11 Verval van vorderingsrecht

Een verzoek om vergoeding van de kosten moet binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin deze zijn ontstaan bij PWZ Achmea worden ingediend.

Artikel 12 Beëindiging van de verzekering

PWZ Achmea beëindigt de verzekering:

- 12.1a met ingang van de dag waarop Ziekenfonds PWZ Achmea de inschrijving van de verzekerde als wettelijk verzekerde beëindigt;
- 12.1b terstond wanneer niet meer wordt voldaan aan het vereiste gesteld in artikel 2.4 van deze algemene voorwaarden;
- 12.1c in geval van betalingsachterstand van premies, eigen bijdragen, eigen betalingen en/of eigen risico;
- 12.1d terstond indien de verzekerde, naar het oordeel van PWZ Achmea, niet alle inlichtingen verstrekt die voor de goede uitvoering van de verzekering noodzakelijk worden geacht;
- 12.1e indien de verzekerde ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
- 12.1f wegens niet-nakomen van de verplichting, zoals bedoeld in artikel 2.1b en wel op het moment waarop aan alle verplichtingen had moeten zijn voldaan.

Artikel 13 Opzegging en opzegtermijn

De verzekering eindigt door schriftelijke opzegging door de verzekerde met ingang van de eerstvolgende verlengingsdatum. De verzekerde dient een opzegtermijn van twee maanden in acht te nemen.

Artikel 14 Wijziging algemene voorwaarden

- 14.1 De algemene voorwaarden kunnen door PWZ Achmea worden gewijzigd op een door haar te bepalen wijze en per een door haar te bepalen datum. Van wijziging van de algemene voorwaarden wordt, op een door PWZ Achmea te bepalen wijze, mededeling gedaan aan de verzekerde.
- 14.2 De verzekerde heeft het recht met een wijziging als onder artikel 14.1 bedoeld niet akkoord te gaan. Indien de verzekerde dit binnen dertig dagen na de onder artikel 14.1 bedoelde datum schriftelijk aan PWZ Achmea heeft medegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per wijzigingsdatum, met restitutie van premie over de niet verstreken periode waarover de premie is betaald.
- 14.3 Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeiend uit uitsluitend wettelijke regelingen of bepalingen, dan wel bij een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking.

Artikel 15 Verplichtingen van de verzekerde

- 15.1 De verzekerde dient ervoor te zorgen dat de toestemming vooraf door PWZ Achmea, zoals die vereist is voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip wordt aangevraagd, dat PWZ Achmea de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zodanig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 15.2 De verzekerde is verplicht alle nota's zodanig gespecificeerd in te dienen, dat het PWZ Achmea zonder navraag duidelijk wordt op welke vergoeding de verzekerde aanspraak kan

maken. Computernota's dienen door de zorgverlener te zijn gewaarmerkt.

- 15.3 De verzekerde zal al het mogelijke doen om ervoor te zorgen dat PWZ Achmea of diens medisch adviseur alle inlichtingen krijgt die nodig zijn voor de juiste uitvoering van de overeenkomst.

Artikel 16 Privacywetgeving

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruikt de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kan de zorgverzekeraar deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij PWZ Achmea, t.a.v. de privacymanager, Postbus 2169, 1500 GD Zaandam.

Artikel 17 Klachten

Klachten over PWZ Achmea kunnen worden ingediend bij de directie van PWZ Achmea, Postbus 2169, 1500 GD Zaandam. Voorts kunnen klachten, nadat de directie haar standpunt heeft kenbaar gemaakt, of wanneer PWZ Achmea binnen een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Vergoedingen Aanvullende Verzekering 2003

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen

Voor alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen samen vergoeden wij onderstaande kosten per verzekerde per kalenderjaar.

Basis Pakket	: 75% met een maximum van EUR 115,-
Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 230,-
Extra Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 460,-
Excellent Pakket	: 75% met een maximum van EUR 920,-

1.1 Consulten en behandelingen

Van de alternatieve geneeswijzen komen voor vergoeding in aanmerking:

- 1 acupunctuur
- 2 homeopathie
- 3 natuurgeneeswijzen
- 4 antroposofie
- 5 orthomanipulatie
- 6 chiropraxie
- 7 osteopathie
- 8 manuele geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van consulten/behandelingen, indien de onder 1 t/m 7 genoemde consulten/behandelingen zijn gegeven door een zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen zoals gesteld door de betreffende beroepsvereniging.

- **Voor acupunctuur:** De Nederlandse Artsen Acupunctuur - Vereniging (NAAV), de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA) of het Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGVA).
- **Voor homeopathie:** De Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) of de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH).
- **Voor natuurgeneeswijzen:** De Artsenvereniging tot bevordering van Natuurgeneeswijzen (ABNG) of de Vereniging Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT).
- **Voor antroposofie:** De Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA).
- **Voor orthomanipulatie:** De Federatie Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG).
- **Voor chiropraxie:** Stichting Chiropraxie Nederland (SCN) en de Dutch Chiropractors Federation (DCF).
- **Voor osteopathie:** De Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO).

De onder 8 genoemde consulten/behandelingen moeten zijn gegeven door een in het BIG-register geregistreerde arts die voldoet aan de kwaliteitseisen van de volgende beroepsvereniging.

- **Voor manuele geneeskunde:** De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG) of de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).

Met inachtneming van voorgaande voorwaarden vindt vergoeding plaats onder overlegging van betaalde originele nota's waarop de naam van de behandelaar is vermeld en welke alternatieve geneeswijze het betreft. Diagnostische verrichtingen als onderdeel van een chiropraxie consult/behandeling komen niet voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Met betrekking tot de vergoeding van deze geneesmiddelen geldt dat ze:

- moeten zijn voorgeschreven door een arts;
- moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts waarmee PWZ Achmea een overeenkomst heeft;
- geregistreerd moeten staan in de Homeopathie vergoedingenlijst (Z-index).

Artikel 2 Buitenland

Basis Pakket	: Europadekking*
Aanvullend Pakket	: Europadekking*
Extra Aanvullend Pakket	: Werelddekking
Excellent Pakket	: Werelddekking

De dekking

De dekking is van kracht voor een onbeperkt aantal vakantie-reizen naar het buitenland, onder voorwaarde dat de reis- en verblijfsduur van een dergelijke reis samen de aaneengesloten periode van zes maanden niet overschrijdt. Onder reizen wor-

den ook dag- en weekendtrips verstaan. Wintersportreizen vallen eveneens onder de dekking.

De dekking is ook van kracht voor meeverzekerde kinderen die in verband met studie of opleiding in het buitenland verblijven.

De vergoeding

Op basis van het pakket en de geldende voorwaarden vergoeden wij in geval van ziekte of ongeval de kosten van geneeskundige hulp, tandheelkundige hulp en hulpverlening. Vergoeding vindt plaats op grond van medische noodzaak en op basis van de gemaakte kosten. Vergoeding vindt plaats in Nederland, met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag van het vaststellen van de uitkering, in Nederlandse courant, tenzij sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

2.1 Geneeskundige kosten

Onder geneeskundige kosten wordt uitsluitend verstaan:

- geneeskundige hulp door een arts of specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- geneesmiddelen op recept voorgeschreven door een in het buitenland gevestigde arts of specialist;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance.

In geval van ziekenvervoer: van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de arts of specialist, in het land waar de verzekerde verblijft.

In geval van ongevalvervoer: van de plaats van het ongeval in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de arts of specialist, in het land waar de verzekerde verblijft. Als de verzekerde voor vervoer gebruik maakt van een eigen auto, draagt de vergoeding een bedrag overeenkomstig het geldende ziekenfondstarief voor vervoer met eigen auto. Het vervoer dient te geschieden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de arts of specialist en de medische noodzaak moet aanwezig zijn.

2.2 Tandheelkundige kosten

Tandheelkundige kosten zijn de kosten die de verzekerde maakt voor dringend noodzakelijke tandheelkundige hulp die niet uitgesteld kan worden tot in Nederland. Vergoeding wordt verleend op basis van de kostprijs tot een maximum bedrag dat gelijk is aan het maximum bedrag waarvoor de verzekerde op grond van de afgesloten aanvullende verzekering in Nederland tegen tandheelkundige kosten verzekerd is. Onder tandheelkundige kosten wordt uitsluitend verstaan:

- de honoraria van (tand)artsen voor tandheelkundige behandeling, exclusief vergoeding voor prothetische hulpverlening;
- de door of op voorschrift van een (tand)arts in verband met deze behandeling gemaakte röntgenfoto's;
- de door een (tand)arts voorgeschreven geneesmiddelen.

Het aanbrengen van kronen en/of bruggen is uitgesloten van vergoeding.

2.3 Hulpverlening

In geval van ziekte of ongeval organiseert de Achmea health Alarmcentrale de volgende, voor vergoeding in aanmerking komende, vormen van hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland anders dan per eigen of openbaar vervoer (bus, trein) van de gewonde of zieke verzekerde na ziekenhuisopname.

Dit is inclusief extra kosten van een meereizend aanvullend verzekerd gezinslid of aanvullend verzekerde reisgenoot, om de gewonde of zieke noodzakelijke begeleiding of verzorging te geven wanneer dat medisch vereist is;

* Onder Europa wordt verstaan alle landen van Europa (met uitzondering van Nederland) en de niet-Europese landen aan de Middellandse Zee, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden en de Azoren.

- medisch noodzakelijke verzorging van de gewonde of zieke verzekerde tijdens de repatriëring;
- het toezenden van geneesmiddelen die op doktersvoorschrift noodzakelijk zijn en op de vakantiebestemming niet verkrijgbaar zijn;
- het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland na overlijden als gevolg van een ziekte of ongeval in het dekkingsgebied.

De verzekerde heeft geen recht op vergoeding als:

- de verzekerde bij vertrek naar het buitenland al voorziet dat geneeskundige hulp en/of repatriëring nodig zal zijn;
- de geneeskundige hulp niet dringend noodzakelijk is en uitgesteld kan worden tot de verzekerde weer in Nederland is;
- de kosten verband houden met de vooropgezette bedoeling behandeling door een in het buitenland gevestigde arts te verkrijgen;
- de kosten verband houden met bevalling in het buitenland na de dertigste week van de zwangerschap;
- de kosten verband houden met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij. Deze zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan, vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponeerd. Deze tekst maakt integraal deel uit van de verzekeringsvoorwaarden;
- de kosten verband houden met een atoomkernreactie, ongeacht hoe deze is ontstaan;
- de kosten verband houden met deelname aan sport in wedstrijdverband en gevaarlijke sporten met een extreem risico. Een lijst van deze sporten is op aanvraag verkrijgbaar;
- de ondernomen reis de maximum aaneengesloten periode van zes maanden overschrijdt;
- het verblijf in het buitenland verband houdt met beroeps werkzaamheden;
- de verzekerde en/of derden zelf de ziekenhuisopname en/of repatriëring betaalt/betalen of organiseert/organiseren zonder tussenkomst van de Achmea *health* Alarmcentrale;
- de verzekerde of zijn/haar nabestaanden de verplichtingen die hierna genoemd worden, niet is/zijn nagekomen.

Verplichtingen

De verzekerde dient ziekenhuisopname, noodzakelijke repatriëring na ziekenhuisopname en voortdurende poliklinische of andere langdurige medische behandelingen altijd vooraf - en bij spoedopname binnen 48 uur - telefonisch te melden aan de Achmea *health* Alarmcentrale.

Deze verplichting geldt tevens voor nabestaanden of belanghebbenden na overlijden van de verzekerde, waarbij repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland plaats moet vinden.

De originele gespecificeerde nota's van in het buitenland gemaakte geneeskundige, tandheelkundige of overige verzekerde kosten dienen met bewijzen van betaling aan PWZ Achmea te worden overgelegd. Ook afschriften van recepten voor verstrekte geneesmiddelen van de arts die de verzekerde in het buitenland behandeld heeft, dienen aan PWZ Achmea te worden overgelegd.

Bij ambulance-, taxi-, of eigen vervoer dient een verklaring te worden overgelegd van de arts die de verzekerde in het buitenland behandeld heeft, waaruit blijkt dat dergelijk vervoer medisch noodzakelijk was.

Het telefoonnummer van de Achmea *health* Alarmcentrale

staat vermeld op de achterzijde van uw PWZ Achmea pas. De activiteiten van de Achmea *health* Alarmcentrale worden uitgevoerd door EuroCross International te Noordwijk.

Artikel 3 Elektrische epilatie of laserepilatie-behandeling

Basis Pakket	: 100% met een maximum van EUR 345,-
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 460,-
Extra Aanvullend Pakket:	100% met een maximum van EUR 920,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

Onder elektrische epilatie wordt verstaan het met behulp van elektrische apparatuur verwijderen van extreme haargroei op het gelaat op plaatsen waar dat ongebruikelijk is. Onder laser-epilatiebehandeling wordt verstaan het met laserapparatuur verwijderen van de hiervoor bedoelde extreme haargroei. Alleen verzekerden van het vrouwelijk geslacht hebben aanspraak op deze vergoeding. Wij vergoeden de kosten van de behandelingen. De aanvraag voor een bijdrage in de kosten van deze behandeling dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de schoonheidsspecialist(e) en/of huidtherapeut(e) en dient met de eerste nota('s) te worden meegestuurd.

Artikel 4 Fysiotherapie

Basis Pakket	: 100%
Aanvullend Pakket	: 100%
Extra Aanvullend Pakket:	100%
Excellent Pakket	: 100%

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke extra zittingen fysiotherapie, voor zover de verzekerde geen aanspraak meer heeft op vergoeding van deze kosten krachtens de Ziekenfondswet. De behandelingen voor rekening van de ziekenfondsverzekering en aanvullende verzekering dienen - op aanvraag van de behandelend arts - te worden gegeven door een therapeut waarmee PWZ Achmea een overeenkomst heeft gesloten.

Artikel 5 Herstellingsoord

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Extra Aanvullend Pakket:	100% met een maximum van EUR 920,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

Wij vergoeden de verblijfkosten in een door PWZ Achmea erkend herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-herstellingsoord. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 6 Kuurreizen

Basis Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

Extra Aanvullend Pakket: 100% met een maximum van EUR 920,-

Excellent Pakket : 100% met een maximum van EUR 920,-

Wij vergoeden de kosten van één kuurreis per kalenderjaar aan verzekerden die lijden aan reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. De behandelend arts dient vooraf een aanvraag bij PWZ Achmea in te dienen. De verzekerde dient bereid te zijn een medisch onderzoek te ondergaan.

De vergoeding omvat de reis-, verblijf- en behandelkosten. De reis moet zijn georganiseerd door een door PWZ Achmea erkende organisator van kuurreizen.

Artikel 7 Mantelzorg (vervangend)

Basis Pakket : 100% met een maximum van EUR 460,-

Aanvullend Pakket : 100% met een maximum van EUR 460,-

Extra Aanvullend Pakket: 100% met een maximum van EUR 920,-

Excellent Pakket : 100% met een maximum van EUR 920,-

Aan gehandicapten die door mantelverzorgers worden verzorgd, geven wij tijdens de vakantieperiode van die mantelverzorgers vergoeding voor vervangende mantelzorg. De vervangende mantelzorg moet worden gegeven namens een instelling waarmee PWZ Achmea een overeenkomst heeft gesloten. Aan PWZ Achmea dient vooraf toestemming te worden gevraagd. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 8 Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Basis Pakket : 100%

Aanvullend Pakket : 100%

Extra Aanvullend Pakket: 100%

Excellent Pakket : 100%

Wij vergoeden de kosten van extra zittingen oefentherapie Cesar/Mensendieck, voor zover de verzekerde geen aanspraak meer heeft op vergoeding van deze kosten krachtens de Ziekenfondswet. De behandelingen voor rekening van de ziekenfondsverzekering en aanvullende verzekering dienen - op aanvraag van de behandelend arts - te worden gegeven door een therapeut waarmee PWZ Achmea een overeenkomst heeft gesloten.

Artikel 9 Psoriasiskuur

Basis Pakket : 100% met een maximum van EUR 345,-

Aanvullend Pakket : 100% met een maximum van EUR 460,-

Extra Aanvullend Pakket: 100% met een maximum van EUR 920,-

Excellent Pakket : 100% met een maximum van EUR 920,-

Wij vergoeden de kosten van een psoriasiskuur. De vergoeding wordt gegeven onder de volgende voorwaarden:

- de psoriasis moet op minimaal 9% van het lichaamsoppervlak aanwezig zijn;
- PUVA en andere reguliere therapieën blijken niet effectief;
- de behandelend arts dient vooraf een aanvraag bij PWZ Achmea in te dienen;
- de vergoeding is inclusief de met de kuur samenhangende reiskosten, op basis van openbaar vervoer;
- de vergoedingsregeling voor een psoriasiskuur geldt uitsluitend voor dagbehandeling in een erkend psoriasis-dagbehandelingscentrum binnen Nederland.

Artikel 10 Psychologische hulp

Basis Pakket : 75% met een maximum van EUR 230,-

Aanvullend Pakket : 75% met een maximum van EUR 230,-

Extra Aanvullend Pakket: 75% met een maximum van EUR 460,-

Excellent Pakket : 75% met een maximum van EUR 460,-

Wij vergoeden de kosten van een behandeling door een eerste-lijns psycholoog (geen psychotherapeut).

De volgende nadere voorwaarden zijn van toepassing:

- het moet gaan om acute, kortdurende hulp die plaatsvindt in het kader van de behandeling door de huisarts;
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een gekwalificeerd eerstelijns psycholoog waarmee PWZ Achmea een overeenkomst heeft;
- reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 11 Tandheelkundige hulp

11.1 Algemeen

Basis Pakket : Uitsluitend vergoeding voor een volledige prothese

100% met een maximum van EUR 115,- (eenmaal per 5 jaar)

Aanvullend Pakket : 75% met een maximum van EUR 230,- per jaar

Extra Aanvullend Pakket: 75% met een maximum van EUR 460,- per jaar

Excellent Pakket : 75% met een maximum van EUR 920,- per jaar

Wij vergoeden de kosten (exclusief R codes = inlays, kronen, bruggen) indien het de volgende hulp betreft:

- tandheelkundige hulp (uitgezonderd orthodontie voor volwassenen) door een door PWZ Achmea gecontracteerde tandarts of instelling;
- een door een gecontracteerde tandprotheticus of tandarts (niet door een tandtechnisch laboratorium) geleverde volledige onder- of bovenprothese. De vergoeding bedraagt 75% van de resterende kosten. Dit zijn de kosten na afrek van de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (deze bedraagt 75% van de kosten);
- techniekkosten behorende bij een plaatprothese, frameprothese, volledige prothese, worden vergoed tot het maximum bedrag.

11.2 Kroon- en brugwerk

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 115,-
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 230,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 460,-

De vergoeding geldt uitsluitend voor R-codes (inlays, kronen, bruggen) en is inclusief techniekkosten.

11.3 Tandheelkundige kosten als gevolg van een ongeval*

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 930,- per gebeurtenis
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 930,- per gebeurtenis
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 2.300,- per gebeurtenis

Tandheelkundig letsel dient binnen 30 dagen na het ongeval schriftelijk te worden gemeld, met een omschrijving van de toedracht. Voorafgaand aan de behandeling dient er een aanvraag inclusief behandelplan te worden overgelegd. De hulp moet worden verleend door een door PWZ Achmea gecontracteerde tandarts of tandarts specialist.

De vergoeding is beperkt tot de tandheelkundige kosten als gevolg van ongevallen die gedurende de looptijd van de verzekering hebben plaatsgevonden. De dekking van de kosten is beperkt tot een termijn van 12 kalendermaanden na het ongeval. De nota dient samen met een kopie van de machtigingsbrief meegestuurd te worden.

11.4 Orthodontie

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: geen vergoeding
Extra Aanvullend Pakket	: 75% van de kosten voor de volledige behandeling
Excellent Pakket	: 75% van de kosten voor de volledige behandeling

Aan verzekerden tot en met 17 jaar die een orthodontische behandeling moeten ondergaan, geven wij een vergoeding van de kosten voor de volledige behandelperiode. De behandeling dient te worden gegeven door een door PWZ Achmea gecontracteerde orthodontist of tandarts. Een lijst van deze orthodontisten en tandartsen is bij PWZ Achmea op aanvraag beschikbaar.

11.5 Voorwaarden

Om voor vergoeding van tandheelkundige of orthodontische hulp in aanmerking te komen, dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- voor orthodontische en gnatologische behandelingen dient vooraf een behandelplan bij PWZ Achmea te worden ingediend. De toestemming voor een orthodontische behandeling

wordt eenmalig aan de verzekerde verstrekt voor de volledige behandeling en voor zover deze kosten gemaakt worden gedurende de looptijd van de verzekering. De toestemming voor orthodontie wordt verleend indien er sprake is van een orthodontische afwijking die valt in de IOTN-score van 3, 4 en 5;

- de tandheelkundige behandeling mag niet onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of ondoelmatig zijn. Vergoeding vindt plaats door rechtstreekse betaling van PWZ Achmea aan de behandelend tandarts, voor zover deze hiertoe een overeenkomst met PWZ Achmea heeft gesloten, dan wel op basis van de door de verzekerde bij PWZ Achmea ingediende originele of voor origineel gewaarmerkte rekeningen. De datum van afbehandeling is bepalend voor de vergoeding.

11.6 Algemene uitsluitingen bij tandheelkundige hulp

De volgende kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- onderdelen van de tandheelkundige hulp die krachtens de Ziekenfondswet in het "Besluit tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering" zijn geregeld;
- de kosten van implantologie en toebehoren;
- kosten die betrekking hebben op tandheelkundige gezondheidsverklaringen, verzuimde afspraken;
- de bij een orthodontische behandeling behorende kosten die betrekking hebben op onzorgvuldig gebruik door de verzekerde, niet nagekomen afspraken bij de orthodontist en de toeslag voor witte slotjes bij beugels;
- techniekkosten tenzij uitdrukkelijk anders vermeld.

Artikel 12 Extra kraamzorg

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: geen vergoeding
Extra Aanvullend Pakket	: 5 dagen (max. 25 uur)
Excellent Pakket	: 5 dagen (max. 25 uur)

De verzekerde die na een bevalling op medische indicatie minimaal vijf dagen in het ziekenhuis moet verblijven heeft in aansluiting op reguliere kraamzorg - bij thuiskomst aanspraak op vergoeding van extra kraamzorg. Indien de baby later thuiskomt dan de moeder en het betreft het eerste kind, dan kunnen de extra dagen ook aanvangen op het moment van thuiskomst van de baby. Die extra zorg dient te worden verleend door een erkende zorgverlener of instelling. Er is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd die afhankelijk is van het aantal uren zorg. Voor extra kraamzorg komen ook ouders in aanmerking bij de adoptie van een kind jonger dan 6 maanden.

Artikel 13 Extra vergoedingen

Voor alle hierna genoemde kosten samen geldt per verzekerde per kalenderjaar een maximale vergoeding van:

Basis Pakket	: 100% met een maximum van EUR 230,-
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 345,-
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 460,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

* Onder ongeval wordt verstaan: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buiten af en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijke letsel is veroorzaakt.

13.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling aan verzekerden die lijden aan een ernstige vorm van acné. De aanvraag voor een bijdrage in de kosten van deze behandeling dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de huidtherapeut(e) en/of schoonheidsspecialist(e), en moet met de eerste nota('s) worden meegezonden.

13.2 Bevalling/Kraamzorg

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor bevalling en/of kraamzorg.

13.3 Borstprothese

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor borstprothesen inclusief bijbehorende plakstrips.

13.4 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van de te volgen instructielessen en de te gebruiken cosmetische producten. De aanvraag voor een bijdrage in de kosten van deze therapie dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de schoonheidsspecialist(e) en/of huidtherapeut(e) en moet met de eerste nota('s) worden meegezonden.

13.5 Logeerhuis

Indien een meeverzekerd kind in een ziekenhuis is opgenomen, vergoeden wij de door de bij PWZ Achmea verzekerde ouders verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf in een aan dat ziekenhuis verbonden logeerhuis.

13.6 Lymfe-oedeem

Wij vergoeden de kosten van lymfedrainage volgens de Feldberg-methode aan verzekerden bij wie sprake is van ernstig lymfe-oedeem. De behandeling dient te geschieden door een erkend huidtherapeut(e), die in het bezit is van het diploma van de Feldbergkliniek. De aanvraag voor een bijdrage in de kosten dient door de behandelend arts te geschieden vóór aanvang van de lymfedrainage.

13.7 Pedicure hulp

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging aan verzekerden bij wie sprake is van suikerziekte. De voetverzorging moet worden gegeven door een door PWZ Achmea erkende pedicure.

13.8 Plaswekker

Wij vergoeden, op voorschrift van de behandelend arts, eenmalig de kosten van een plaswekker, de benodigde bandages en een bij het gebruik van de plaswekker aansluitende gerichte Droge Bed Training bij een erkende thuiszorgorganisatie.

13.9 Podotherapie, podo-kinesiologie en podo-orthesiologie

Wij vergoeden de kosten van behandelingen, inclusief het aanmeten, vervaardigen en leveren van eventuele podotherapeutische zolen, door een podotherapeut, podo-kinesioloog of podo-orthesioloog. De behandeling dient op voorschrift van de behandelend arts (op basis van een duidelijke medische indicatie) plaats te vinden. Dit voorschrift moet met de eerste nota('s) worden meegezonden.

13.10 Pruiik

Wij vergoeden de kosten van de aanschaf van een pruiik als aanvulling op de vergoeding volgens het Achmea Reglement Hulpmiddelen 2003.

13.11 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van één paar inlays-(steun)zolen. Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de inlays-(steun)zolen worden geleverd op voorschrift van de behandelend arts. Dit voorschrift moet met de nota worden meegezonden.

13.12 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten voor stottertherapie. Vergoeding wordt uitsluitend verleend na toestemming van PWZ Achmea,

die daarbij gerechtigd is de vereniging Demosthenes om advies te vragen.

13.13 Therapeutisch kamp voor jongeren

Wij vergoeden de verblijfkosten in een therapeutisch kamp voor verzekerden, jonger dan 17 jaar, bij wie sprake is van astma. Vergoeding wordt verleend op aanvraag van de behandelend arts en na toestemming van PWZ Achmea.

13.14 Ziekenbezoek

Indien een gezinslid dat ook bij PWZ Achmea tegen ziektekosten is verzekerd langer dan twee weken aaneengesloten in een in Nederland gelegen ziekenhuis of revalidatie-inrichting (niet zijnde een herstellingsoord) is opgenomen, geven wij een tegemoetkoming in de reiskosten van zijn/haar woonadres naar de te bezoeken instelling. De eerste twee weken zijn voor eigen rekening. De kilometervergoeding bedraagt EUR 0,20 voor de reisafstand vice versa langs de kortste gebruikelijke route. De vergoeding wordt gegeven op basis van een verklaring van de huisarts of het ziekenhuis met vermelding van de opname- en ontslagdatum, waarbij de verzekerde het aantal bezoeken moet aangeven.



Voorwaarden Achmea health

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken en met inachtneming van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekering, bestaat aanspraak mits de verzekerde op de behandeldatum een Aanvullende Verzekering heeft.

Op de hierna genoemde rubrieken bestaat geen aanspraak op vergoeding van vervoerskosten, tenzij anders is bepaald. Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor behandelingen of kosten, gemaakt in het buitenland, met uitzondering van de vergoeding genoemd in artikel 1.

Artikel 1 Achmea health Alarmcentrale

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in artikel 4 lid 6 van de Bijzondere Voorwaarden Aanvullende Ziekenfondsverzekering genoemde hulpverlening door de Achmea health Alarmcentrale (uitgevoerd door EuroCross International);
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea health Alarmcentrale. In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met de Achmea health Alarmcentrale, tel. (071) 364 18 50.

Artikel 2 Korting bij opticiens

Met Hans Anders hebben wij de volgende afspraken gemaakt:

- u kunt een complete enkelvoudige bril aanschaffen voor EUR 95,-;
- u kunt een complete multifocale bril aanschaffen voor EUR 135,-;
- deze prijsafspraken gelden indien u kiest voor glazen die zijn opgenomen in de zogenoemde Achmea glastabel. In de winkels van Hans Anders kunt u nadere informatie krijgen over deze tabel;

- een kleurtint op uw glazen is mogelijk tegen een meerprijs van EUR 10,- per glas;
- bij de aanschaf van een pakket zachte maandlenzen (EUR 45,-) ontvangt u één maand gratis lenzen en vloeistof.

Met het Huis Opticiens hebben wij de volgende afspraken gemaakt:

- bij de aanschaf van een complete bril (montuur en glazen) ontvangt u een zonnebril op sterkte inclusief UV-filter, ter waarde van EUR 45,- gratis;
 - kiest u voor een duurdere zonnebril op sterkte, dan wordt een korting van EUR 45,- verleend.
- U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/relatiepas.

Artikel 3 Korting op personenalarmering

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

Artikel 4 Second opinion

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

Artikel 5 Kraampakket

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het medisch kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Artikel 6 Uitleen verpleegartikelen

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

Artikel 7 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendoed

Wij vergoeden het gebruik van bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendoed. Wij vergoeden de kosten van huur van deze apparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 8 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

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

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

Artikel 9 Preventieve onderzoeken

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal 1 keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

Artikel 10 Sportmedisch onderzoek

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de Federatie van Sport Medische Instellingen.

Artikel 11 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De eigen bijdrage per training bedraagt EUR 100,-.

De volgende trainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 12 Preventieve cursussen

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot maximaal EUR 115,- per verzekerde per cursus per kalenderjaar. Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea *health* Center of een thuiszorginstelling;
 - hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health of een thuiszorginstelling;
 - de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid;
 - eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - EHBO, georganiseerd door een plaatselijke EHBO-vereniging.
- Wij kunnen u informeren over de organisaties waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Daarnaast geven wij korting op de schriftelijke cursussen:

- Lekker in je vel;
- Lekker gezond;
- Lekker slank;
- Stoppen met roken.

Deze cursussen worden verstrekt door Achmea *health*.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 13 Voedingsvoorlichting

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal EUR 115,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Artikel 14 Kuurcentrum

Bij de volgende kuurcentra hebben wij afspraken gemaakt voor kuurarrangementen:

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

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

Artikel 15 Korting op fitness

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

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

Artikel 16 Wachttijdbemiddeling

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Uitsluiting

Wachttijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

Artikel 17 Overgangsconsulent

U heeft recht op een korting van 10% op het consulttarief van een overgangsconsulent. Wij vergoeden 75% van de kosten van dit gereduceerde tarief tot maximaal EUR 115,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

Artikel 18 Health shop

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

Bij uw bestelling in de *Health* shop van een hulpmiddel waarvoor u vergoeding uit uw hoofdverzekering krijgt, moet u uw door ons afgegeven machtigingsnummer vermelden.

Artikel 19 Korting op hulpmiddelen

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

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

Wij kunnen u informeren over de voor u geldende kortingen.

Artikel 20 Advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

