

Deel A

Algemene Voorwaarden

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

NB: het is mogelijk dat u in dit artikel begrippen aantreft, die in onderdeel B, de dekkingsvoorwaarden, niet voorkomen aangezien bepaalde behandelingen of voorzieningen niet onder de dekking van uw verzekering vallen.

- 1.1 **Verzekeraar:** ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., gevestigd De Molen 66, 3995 AX Houten, Nederland.
- 1.2 **Hoofdverzekering:** de volledige verzekering tegen ziektekosten die is afgesloten bij de verzekeraar. Dit kan zowel een ziekenfondsverzekering als een particuliere verzekering zijn.
- 1.3 **Aanvullende verzekering:** een aanvullende verzekering tegen ziektekosten of tandartskosten die kan worden gesloten in aanvulling op de hoofdverzekering.
- 1.4 **Audiologisch centrum:** een door de bevoegde overheidsinstantie erkend audiologisch centrum.
- 1.5 **Bijkomende kosten:** de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische of kaakchirurgische behandeling.
- 1.6 **Centrum voor klinisch genetisch onderzoek:** een door de bevoegde overheidsinstantie erkend centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
- 1.7 **Collectieve verzekeringsovereenkomst:** de overeenkomst tussen de verzekeraar enerzijds en de contractant anderzijds, waarbij de contractant zich verbindt de in de collectieve verzekeringsovereenkomst genoemde personen bij de verzekeraar te verzekeren en waarin wederzijdse rechten en plichten van partijen zijn vastgelegd.
- 1.8 **Contractant:** de rechtspersoon die de collectieve verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.9 **Homeopathische preparaten:** in het Koninklijk Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten opgenomen preparaten, zowel complexpreparaten als enkelvoudige preparaten, die op recept van een (homeopathisch) arts door een apotheker, apotheekhoudend arts of drogist worden geleverd. Uitzondering hierop zijn individueel bereide preparaten (magistrale receptuur).
- 1.10 **Kraaminrichting:** een in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende zorginstelling.
- 1.11 **Medisch adviseur:** de door de verzekeraar aangewezen arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

- 1.12 **Medische noodzaak:** de situatie waarbij aanspraak op zorg bestaat voor zover de verzekerde gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. Bij twijfel over de medische noodzaak wordt het oordeel gevraagd van de medisch adviseur van de verzekeraar.
- 1.13 **Ongeval:** een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.
- 1.14 **Revalidatiezorg:** onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling voor revalidatie.
- 1.15 **Verzekerde:** degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is opgenomen.
- 1.16 **Verzekeringnemer:** degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.17 **Ziekenhuis:** een in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.
- 1.18 **Ziekenvervoer:** vervoer binnen Nederland dat om medische redenen met een ander dan een openbaar vervoermiddel plaatsvindt. Dit vervoer vindt plaats vanwege een medisch onderzoek of een medische behandeling.
- 1.19 **Zorgverleners:** de in deel B genoemde zorgverleners dienen te zijn ingeschreven in de door de Nederlandse overheid gehanteerde registers. Indien er van overheidswege geen register is, dient de zorgverlener ingeschreven te staan in het register van een erkende beroepsgroep. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële tarieven.

ARTIKEL 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- 2.1 Deze verzekering is gesloten tussen ONVZ als risicodragend verzekeraar en verzekeringnemer. Mededelingen over onderdelen van deze overeenkomst kunnen worden gedaan door AEGON in opdracht van de verzekeraar.

- 2.2 Als grondslag van deze verzekering gelden:
- het aanvraagformulier, met
 - de door de verzekeringnemer of de verzekerde al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, en
 - eventuele schriftelijke gegevens die door de verzekeringnemer of de verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt,
 - alsmede indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst, de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- Zij maken deel uit van de onderhavige verzekeringsovereenkomst.
- 2.3 Indien de mededelingen op het aanvraagformulier of de afzonderlijke gegevens in strijd zijn met de waarheid of indien bepaalde omstandigheden verzwegen zijn, is de verzekeraar geen vergoeding van kosten verschuldigd. Zij is dan bevoegd de verzekering op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen. Bedoeld zijn omstandigheden waarbij de verzekering niet, of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar ervan kennis had gehad.

ARTIKEL 3 VERPLICHTINGEN

- 3.1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:
1. ziekenhuisopname zo spoedig mogelijk te melden aan de verzekeraar en de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van de opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de verzekeraar;
 2. medewerking te verlenen aan de verzekeraar, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 3. medewerking te verlenen aan de verzekeraar bij het zoeken van verhaal van de schade en geen regeling te treffen met een derde waarbij het verhaalsrecht van de verzekeraar aangetast zou kunnen worden.
 4. de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. De nota's dienen zo gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Zij dienen opgesteld te zijn in de Nederlandse, Engelse, Duitse, Franse of Spaanse taal. Computernota's moeten door de hulpverlener gewaarmerkt zijn;
 5. een verwijzing van de behandelend arts te overleggen, indien de verzekeraar hierom vraagt.
- 3.2 Niet nakomen van verplichtingen:
- bij het niet nakomen van één of meer van de verplichtingen vermeld in artikel 3.1.1 tot en met 3.1.5 hoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

ARTIKEL 4 BETALING EN SCHORSING

- 4.1 De verzekeringnemer of contractant dient de premie (inclusief de wettelijke bijdragen) en kosten zoals bedoeld in lid 4.2 vooruit te betalen, uiterlijk op de dertigste dag nadat zij verschuldigd worden. De premie wordt vastgesteld aan de hand van de tariefstructuur.
- 4.2 Niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen die als gevolg van rechtstreekse betaling aan een zorgverlener voor de verzekeringnemer zijn voorgeschoten, moet de verzekeringnemer terugbetalen. De bedragen worden verrekend zoals omschreven in artikel 7. Als verrekening niet mogelijk is, ontvangt de verzekeringnemer een nota.
- 4.3 Indien de verzekeringnemer of contractant het verschuldigde niet of niet tijdig betaalt, kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, waarbij wordt medegedeeld dat bij niet-voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor kosten die zijn ontstaan vanaf de vervaldatum. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen, vermeerderd met de wettelijke rente hierover berekend vanaf de vervaldatum. Indien de verzekeraar maatregelen treft ter incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.
- De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die waarop de verzekeraar het totale verschuldigde bedrag heeft ontvangen, tenzij sprake is van een situatie zoals bedoeld in artikel 10.3 en de verzekeraar daar een beroep op doet.
- 4.4 Voor de kosten waarvan de noodzaak of de verwachting om ze te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

ARTIKEL 5 EIGEN RISICO

- NB: Voor zover uw polis geen eigen risico bevat, is deze bepaling niet van toepassing.
- 5.1 Het eigen risico is het voor rekening van de verzekeringnemer blijvende bedrag dat per polis per kalenderjaar bij vergoeding van de in deel B (omvang dekking) omschreven kosten voor rekening van de verzekeringnemer blijft. Indien de hoogte van het eigen risico afhankelijk is van het aantal op de polis verzekerde personen, dan is de stand van het aantal op de polis verzekerde personen per 1 januari van een kalenderjaar bepalend voor het eigen risico van het betreffende kalenderjaar.
- 5.2 Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar, wordt het bedrag van het eigen risico voor die periode verminderd met 1/12 deel voor iedere vóór de ingangsdatum reeds verstreken maand van dat kalenderjaar.

- 5.3 Voor zover voor een onderdeel van deze verzekering een maximumbedrag geldt, telt ten hoogste dit maximumbedrag voor het eigen risico mee.
- 5.4 Bij schorsing of (tussentijdse) beëindiging van de verzekering vindt geen restitutie of vermindering van het eigen risico plaats.
- 5.5 Het eigen risico is niet van toepassing op farmaceutische zorg.
- 5.6 Het eigen risico geldt niet voor medisch noodzakelijke kosten als direct gevolg van een ongeval indien en voor zover de volgens deel B verzekerde kosten door de verzekeraar kunnen worden verhaald op een aansprakelijke derde.

ARTIKEL 6 ONDERVERZEKERING

Indien verpleging plaatsvindt in een hogere dan de verzekerde klasse van een ziekenhuis wordt vergoeding verleend tot maximaal de kosten die verschuldigd zouden zijn geweest bij verpleging in de verzekerde klasse.

ARTIKEL 7 NADERE REGELING VAN UITKERINGEN

- 7.1 Uitkering van een vergoeding aan de verzekeringnemer geschiedt door overschrijving naar een door hem opgegeven bank- of girorekening. De verzekeraar kan tevens rechtstreeks betalen aan degene die de desbetreffende prestatie heeft geleverd. Deze betaling geldt dan eveneens als bevrijdende betaling tegenover de verzekeringnemer.
- 7.2 Als de uitkering van een vergoeding rechtstreeks aan de zorgverlener is betaald, worden de bedragen van eigen risico's, niet verzekerde kosten en eigen bijdragen in bepaalde gevallen voor de verzekeringnemer voorgeschoten. De verzekeraar zal de uitkeringen van vergoedingen uit hoofde van een of meer polissen van de verzekeringnemer verminderen met de bedragen die voor de verzekeringnemer zijn voorgeschoten als gevolg van rechtstreekse betaling aan de zorgverlener.

ARTIKEL 8 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING

Geen aanspraak op vergoeding bestaat:

- 8.1 van kosten ontstaan door of verband houdende met burgeroorlog, oorlog of daarmee in feite overeenkomende toestanden en de gevolgen van atoomkernreacties;

- 8.2 indien, zo deze verzekering niet bestond, door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging en/of behandeling op grond van een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum, of op grond van één der wettelijke regelingen;
- 8.3 van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen ingevolge één van de wettelijke regelingen anders dan de eigen bijdragen voor hulp zoals verzekerd op grond van deel B (omvang dekking) van deze verzekering;
- 8.4 van kosten, die gemaakt zijn vóór de ingangsdatum van deze verzekering en van kosten gemaakt ná de datum van beëindiging van deze verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van de verzekering is opgekomen.

ARTIKEL 9 HERZIENING

- 9.1 De verzekeraar heeft het recht de premies, de voorwaarden van verzekering en het bedrag van het eigen risico en bloc of groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening treedt in werking op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip.
- 9.2 In geval van herziening van premies, voorwaarden en/of het eigen risicobedrag ten nadele van de verzekeringnemer is hij/zij gerechtigd de overeenkomst per de in artikel 9.1 bedoelde datum te beëindigen. Voorwaarde is dat hij/zij dit binnen 30 dagen na de datum van kennisgeving van de herziening schriftelijk aan de verzekeraar mededeelt.

De mogelijkheid tot beëindiging van de verzekering is niet van toepassing bij herziening van premies, voorwaarden en/of eigen risico, die voortvloeit uit wettelijke bepalingen.

ARTIKEL 10 DUUR EN BEËINDIGING

- 10.1 De verzekering is aangegaan voor een periode als op het polisblad omschreven en wordt telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd. Dit geldt niet als de verzekeringnemer ten minste drie maanden vóór het verstrijken van de periode de verzekering schriftelijk bij de verzekeraar heeft opgezegd of van zijn recht zoals bepaald in artikel 9 gebruik heeft gemaakt.

- 10.2 Indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve verzekeringsovereenkomst, is de verzekering aangegaan voor een periode en onder de voorwaarden, zoals in de collectieve verzekeringsovereenkomst omschreven en wordt telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd. Dit geldt niet als de contractant ten minste drie maanden vóór het verstrijken van de periode de verzekering schriftelijk bij de verzekeraar heeft opgezegd.
- 10.3 Afwijkende bepalingen over de duur en beëindiging van deze verzekeringsovereenkomst kunnen zijn vastgelegd in de collectieve verzekeringsovereenkomst tussen de contractant en de verzekeraar. De verzekeraar heeft daarnaast het recht de verzekering te beëindigen op een door haar te bepalen tijdstip, indien:
- sprake is van de situatie als bedoeld in artikel 2.3;
 - de schorsing wegens wanbetaling zoals bedoeld in artikel 4.3 langer dan een aaneengesloten periode van drie maanden van kracht is geweest;
 - de verzekeringnemer en/of verzekerde door het verstrekken van onjuiste opgave en inlichtingen tracht de verzekeraar te bewegen tot het toekennen van vergoedingen waarop geen recht bestaat.
- De betreffende bepalingen uit de basisovereenkomst zijn ter inzage bij de contractant.
- 10.4 Op basis van de Wtz 1998 (Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen) kan recht ontstaan op een Standaard Pakket Polis. In dit geval is de verzekeraar gerechtigd, met ingang van de datum waarop dit recht ontstaat, de hoofdverzekering bij de verzekeraar voor de betreffende verzekerde te beëindigen en een Standaard Pakket Polis aan te bieden tegen de door de Minister van VWS vastgestelde premie en voorwaarden.
- 10.5 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet langer Nederlands ingezetene is.
- 10.6 Een aanvullende verzekering kan worden voortgezet door de verzekerde op het moment waarop de hoofdverzekering bij de verzekeraar wordt beëindigd.
- 10.7 Indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve verzekeringsovereenkomst en de collectieve contractant heeft het contract beëindigd, dan heeft de verzekeraar het recht alle verzekeringen, die volgens het betrokken collectieve contract zijn afgesloten, zonder opzegging te beëindigen met ingang van de dag van beëindiging van het collectieve contract.

- 10.8 Indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve verzekeringsovereenkomst is bij beëindiging van het dienstverband of bij beëindiging van het lidmaatschap met de vereniging deelname aan het collectief contract veelal niet meer mogelijk. In geval van individuele voortzetting van de verzekering, hanteert de verzekeraar de afspraken zoals deze zijn gemaakt in het convenant collectieve bedrijfsverzekeringen op het gebied van ziektekosten. Dit betreft een convenant gesloten tussen de Stichting van Arbeid en Zorgverzekeraars Nederland en is op aanvraag bij uw verzekeraar verkrijgbaar.

ARTIKEL 11 KINDEREN

- 11.1 Voor een kind dat wordt geboren tijdens de duur van deze verzekering, bestaat onmiddellijk na de geboorte recht op medeverzekering op deze polis. Het kind moet wel binnen drie maanden na de geboorte ter verzekering worden aangemeld.
- 11.2 Voor kinderen in de leeftijd van 18 t/m 26 jaar, die op de polis van hun ouders zijn meeverzekerd en tevens onder de kinderbijslagregeling of studiefinanciering vallen, geldt nog de kinderpremie. Zodra zij de 27-jarige leeftijd hebben bereikt, is deze verzekering na 31 december van het jaar waarin de 27-jarige leeftijd wordt bereikt niet meer van kracht. Deze kinderen van 27 jaar hebben het recht zich aansluitend, zonder medische selectie, zelfstandig te verzekeren op een afzonderlijke polis, mits voor een soortgelijke dekking wordt gekozen.

ARTIKEL 12 GEZINS- EN ADRESWIJZIGINGEN

De verzekeringnemer moet ervoor zorgen dat veranderingen van adres, huwelijk, verplichte ziekenfondsverzekering, overlijden en overige voor de verzekering van belang zijnde omstandigheden binnen dertig dagen aan de verzekeraar worden medegedeeld. Kennisgevingen van de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan het laatste haar bekende adres.

ARTIKEL 13 KLACHTENREGELING

Voor klachten of geschillen over deze verzekering kan men zich wenden tot:

- De directie van ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
Postbus 392
3990 GD Houten

U kunt zich ook wenden tot:

- De Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93560
2509 AN 's-Gravenhage
Telefoon: 070-333 89 99;

ARTIKEL 14 REGISTRATIE PERSOONLIJKE GEGEVENS

De persoonsgegevens ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van fraudebestrijding en activiteiten gericht op vergroting van het klantenbestand, worden verwerkt conform de Wet bescherming persoonsgegevens. De registratie is aangemeld uit hoofde van deze wet. De Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf is van toepassing.

ARTIKEL 15 VOORRANG COLLECTIEVE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

Bij strijdigheid tussen bepalingen van een eventuele aanwezige collectieve verzekeringsovereenkomst en deze overeenkomst is de bepaling van de collectieve verzekeringsovereenkomst van doorslaggevende betekenis.

ARTIKEL 16 TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Omvang Dekking AEGON Blijf-Gezond Polis

BASISPAKKET

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde medische behandelingen door zorgverleners volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.

Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een medische noodzaak. Het eventueel door de verzekerde gekozen eigen risico wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

ARTIKEL 1 HUISARTS

De kosten van behandeling door de huisarts, te weten:

- het honorarium;
- de in verband met deze behandeling gemaakte kosten van laboratoriumonderzoeken en röntgenfoto's.

ARTIKEL 2 ZIEKENHUIS

2.1 Opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis als er een medische noodzaak voor dit verblijf is in verband met specialistisch onderzoek of behandeling:

- de verpleegkosten gedurende onbepaalde tijd;
- de honoraria van de specialisten;
- de bijkomende kosten, zoals de kosten van gebruik van de operatiekamer, narcose- en verbandmiddelen, medicijnen, laboratoriumonderzoeken, röntgendoorlichting, röntgenfoto's, bestralingen en fysiotherapie.

2.2 Gezonde zuigeling

Als de moeder voor behandeling in het ziekenhuis verblijft, bestaat recht op uitkering voor de opname van een gezonde zuigeling ten behoeve van de borstvoeding. Vergoeding vindt plaats zolang er voor de moeder recht op uitkering bestaat.

2.3 Compensatie klasseverzekerden

Als de verzekerde wordt opgenomen op basis van klasse 3 in een ziekenhuis terwijl hij/zij voor een hogere klasse verzekerd is, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 23,- per verpleegdag.

ARTIKEL 3 SPECIALISTISCHE HULP

3.1 Specialistische hulp zonder opname (niet-klinische specialistische hulp):

- het honorarium van een op advies van de huisarts geraadpleegde specialist;

- de in verband met de specialistische hulp gemaakte kosten, zoals kosten van dagverpleging, gebruik van de behandelkamer of polikliniek, narcose, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, röntgen-, radium- en andere radio-actieve bestralingen.

3.2 Second opinion

De kosten voor het raadplegen van een andere specialist of tandarts (second opinion), na verwijzing door de huisarts, behandelend tandarts of specialist.

ARTIKEL 4 SPECIFIEKE BEHANDELINGEN

4.1 Arts-*fleboloog/proctoloog*

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

4.2 Audiologische hulp

De kosten van audiologische hulp, verleend door een audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

4.3 Beenmergonderzoek

De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

4.4 Dermatologische nachtbehandeling

De kosten van dermatologische nachtbehandeling.

4.5 Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van erfelijkheidsonderzoek door een centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing. Hiervoor is een medische noodzaak vereist.

4.6 In vitro fertilisatie

De kosten van maximaal 3 in vitro fertilisatiebehandelingen in een vergunninghoudend ziekenhuis gedurende de gehele looptijd van de verzekering onder de volgende voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie;
- uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven. Bij het verlenen van deze toestemming kunnen door de verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.

4.7 Nierdialyse

De kosten van behandeling met een kunstnier, zowel klinisch poliklinisch als bij de verzekerde thuis.

- 4.8 **Orgaantransplantatie**
1. De kosten van orgaantransplantatie onder de volgende voorwaarden:
 - de behandeling vindt plaats in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze verrichtingen erkende instelling en
 - voor de behandeling zijn officieel goedgekeurde tarieven vastgesteld.
 2. De kosten van de donor in verband met orgaantransplantatie, te weten:
 - de kosten van opname in een ziekenhuis worden volledig vergoed op basis van de klasse, zoals hij/zij elders verzekerd is;
 - de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Deze behandeling moet verband houden met de orgaantransplantatie. Op de uitkering wordt geen eigen risicobedrag in mindering gebracht.
 3. **Verblijf Prinses Margriethuis**
 Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar wordt vergoeding verleend voor de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen als het verblijf aansluit op een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen. De verzekerde en een verzorger ontvangen een vergoeding tot een maximum van € 33,- per dag gedurende maximaal 28 dagen.
- 4.9 **Sportarts**
 De kosten van behandeling tot een maximum van € 23,- per consult. Vergoed worden maximaal 9 consulten per indicatie per verzekerde per kalenderjaar.
- 4.10 **Sterilisatie, Abortus**
 De medische kosten, verbonden aan deze ingrepen. De kosten, verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- 4.11 **Stottertherapie**
 Verblijfkosten Doetinchemse methode:
 de kosten van verblijf in het instituut, waar volgens de Doetinchemse methode stottertherapie wordt gegeven, tot een maximum van € 14,- per dag. Vergoeding van de verblijfkosten vindt plaats, zolang de kosten van behandeling krachtens deze verzekering worden vergoed.
- 4.12 **Weefseltyperingen**
 De kosten van weefseltyperingen, zoals die door Eurotransplant in rekening worden gebracht.

ARTIKEL 5 BEVALLING EN KRAAMZORG

Voor vrouwelijke verzekerden geldt de volgende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- 5.1 Bij bevalling in een ziekenhuis, indien en zolang een medische noodzaak aanwezig is:
 - de verpleegkosten;
 - de kosten van verloskundige en andere medische hulp, alsmede de bijkomende kosten.

Verlaat de moeder het ziekenhuis binnen 8 dagen, te rekenen met ingang van de dag van bevalling, dan bestaat voor elke dag dat zij minder dan 8 dagen in het ziekenhuis verblijft recht op een uitkering van € 170,- per dag (maximaal € 1360,-).

Uitgangspunt voor de vergoeding is het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte dagen.
- 5.2 Bij bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis:
 - het honorarium voor verloskundige hulp in rekening gebracht door specialist, huisarts of verloskundige;
 - de kosten van gebruik polikliniek.

Als tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg ontvangt de moeder € 170,- per dag gedurende maximaal 8 dagen (maximaal € 1360,-).
- 5.3 Indien na een bevalling als genoemd onder lid 2, binnen 8 dagen alsnog een medische noodzaak voor ziekenhuisopname bestaat, dan bestaat vanaf dat tijdstip recht op vergoeding zoals vermeld in lid 1.
- 5.4 In plaats van de uitkering van maximaal € 1360,- voor kraamzorg of het bedrag dat overblijft na ziekenhuisopname kan, onder voorbehoud van beschikbaarheid, gekozen worden voor de kraamzorg in natura.
- De aanvraagprocedure voor deze kraamzorg wordt omschreven in deel C (diensten).
- 5.5 Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket. Zie deel C voor de aanvraag van dit pakket.

ARTIKEL 6 PARAMEDISCHE HULP

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

- 6.1 **Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie**
 De kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen moeten zijn voorgeschreven door de huisarts of specialist, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar op voorschrift van huisarts of specialist.

Indien en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen oefentherapie Mensendieck/oefentherapie Cesar of 9 behandelingen kindersfysiotherapie. Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

De verzekerde heeft recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen wanneer een indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie Mensendieck/Cesar bestaat in verband met een chronische aandoening. De chronische aandoening moet voorkomen op de uniforme lijst van aandoeningen, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

- 6.2 Chiropractie
De hulp verleend door een chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.
- 6.3 Acupunctuur
Acupunctuurbehandelingen door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is, of door een acupuncturist die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur.
- 6.4 Logopedische hulp en orthoptische hulp
Logopedische hulp en orthoptische hulp verleend door een logopedist respectievelijk een orthoptist.
- 6.5 Ergotherapie
Vergoed worden de kosten van enkelvoudige extramurale ergotherapie door een ergotherapeut.

ARTIKEL 7 FARMACEUTISCHE ZORG

Het eigen risico is niet van toepassing op de kosten van farmaceutische zorg.

- 7.1 Farmaceutische zorg omvat de navolgende middelen:
- geregistreerde geneesmiddelen die overeenkomstig de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland afgeleverd mogen worden;
 - andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd. Hieronder worden niet begrepen geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
 - bloedproducten die krachtens de Wet inzake Bloedtransfusie zijn toegelaten;
 - dieetpreparaten bestemd voor medische toepassing, overeenkomstig de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Dieetpreparaten. Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. De Regeling Dieetpreparaten maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar;

- verbandmiddelen voorzover nodig bij de medische behandeling van ernstige aandoeningen waarbij langdurige behandeling noodzakelijk is.

- 7.2 Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg, zoals omschreven in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Farmaceutische Zorg. De hulp moet worden geleverd op voorschrift van een (huis)arts, specialist, tandarts of verloskundige door een in Nederland gevestigde apotheek, apotheekhoudend huisarts of drogisterij. Op grond van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem worden de kosten tot de vastgestelde limietprijs vergoed. De Regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

ARTIKEL 8 PREVENTIEVE HULP

- 8.1 De kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten, maximaal 1 keer per 2 jaar.
- 8.2 De kosten van cholesterolonderzoek, maximaal 1 keer per 2 jaar.
- 8.3 De kosten van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek.
- 8.4 De kosten van prostaatonderzoek.
- 8.5 Vergoeding van de kosten van preventief medisch onderzoek of sportkeuring bij bepaalde door de verzekeraar gecontracteerde organisaties tot een maximum van € 318,-.
In het onderzoek zijn tenminste opgenomen de volgende onderdelen: basiskeuring, ECG (rust en inspanning), uitgebreid bloedonderzoek, faecestest; op indicatie: röntgenonderzoek, audiogram, bloedonderzoek leverfuncties. Voor verzekerden jonger dan 40 jaar wordt de vergoeding ten hoogste éénmaal per 3 kalenderjaren verleend. Voor verzekerden van 40 jaar en ouder wordt de vergoeding ten hoogste éénmaal per 2 kalenderjaren verleend.
Aanmelding moet geschieden via het AEGON Gezond Team (tel. 0800-0221733).
- 8.6 Vaccinaties
De kosten van vaccinaties wegens verblijf in het buitenland.
- 8.7 Influenzavaccin
Vergoeding van de kosten van een vaccinatie tegen influenza, maximaal 1 keer per verzekerde per kalenderjaar.

ARTIKEL 9 REVALIDATIEZORG

- 9.1 De kosten van door de behandelend arts voorgeschreven medisch noodzakelijke vormen van revalidatiezorg in een instelling die door de bevoegde overheidsinstantie daarvoor erkend is. Op voorschrift van de behandelend arts komen de volgende vormen voor vergoeding in aanmerking:
- revalidatiezorg in een klinische situatie (opneming);
 - revalidatiezorg in een poliklinische situatie (deeltijd of dagbehandeling).

ARTIKEL 10 THUISZORG

- 10.1 Thuisverpleging
Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis bestaat recht op vergoeding van de kosten (volgens gangbare tarieven) van verpleging door een verpleegkundige ten huize van de verzekerde:
- voor maximaal 10 uur per etmaal gedurende maximaal 100 etmalen per kalenderjaar per verzekerde;
 - uitsluitend na voorafgaande toestemming door de verzekeraar.

Thuisverpleging kan geregeld worden door het AEGON Gezond Team. Nadere informatie over deze dienstverlening wordt omschreven in deel C (diensten).

- 10.2 Huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis
Bij ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een opnameduur van langer dan 5 dagen bestaat voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 204,-. De hulp wordt geleverd door thuiszorgorganisaties die zijn gecontracteerd door de verzekeraar.

De hulp moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname en strekt zich uit over een periode van maximaal 2 weken.

Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij het AEGON Gezond Team (tel. 0800-0221733).

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in deel C (diensten).

De thuiszorg is overgeheveld naar de AWBZ. De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de AWBZ geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

ARTIKEL 11 RONALD McDONALD- OF FAMILIEHUIS

Vergoed wordt € 11,- per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 227,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van een ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

ARTIKEL 12 HULPMIDDELEN

De kosten van aanschaf, of bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen onder de volgende voorwaarden:

- het betreffende hulpmiddel is voorgeschreven door de behandelend arts;
- het betreffende hulpmiddel is opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar;
- vergoed worden de kosten tot de in de Regeling Hulpmiddelen vastgestelde maximumbedragen.

De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

ARTIKEL 13 ZIEKENVERVOER

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar en van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de instelling waar een behandeling plaatsvindt.

Onder medisch noodzakelijk ziekenvervoer wordt verstaan:

1. taxi;
2. eigen vervoer per auto, waarbij de hoogte van de vergoeding is gebaseerd op een bedrag van € 0,20 per gereden kilometer;
3. vergoeding van vervoer per helikopter vindt uitsluitend plaats als er een medische noodzaak is voor vervoer per helikopter.

De kosten van het vervoer dienen verband te houden met de volgende medische behandelingen, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen:

- a. opname ziekenhuis (art. 2.1);
- b. niet-klinische specialistische hulp (art. 3.1);
- c. nierdialyse (art. 4.7);
- d. behandeling kraaminrichting (art. 5.1/5.2);
- e. revalidatiezorg (art. 9).

ARTIKEL 14 TANDHEELKUNDIGE HULP

- 14.1 Kaakchirurgie
Kaakchirurgische behandeling door een tandarts-specialist voor mondziekten en kaakchirurgie.

- 14.2 Tandheelkundige implantaten
Tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdende met het inbrengen daarvan in de kaak, onder de volgende voorwaarden:
- de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg;
 - de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
 - de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
 - de voorgestelde behandeling is doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd;
 - uitsluitend na voorafgaande toestemming door de verzekeraar.

Vergoed worden uitsluitend het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.

14.3 Kaakorthopedie

- a. Gebitsregulatie (orthodontie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd.
- b. Kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts in de volgende gevallen:
 - een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis);
 - een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) behoort te worden gecorrigeerd en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
 - een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis (dysostosis cleido cranialis), waarbij één van de symptomen een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak is.

14.4 Algemene tandheelkunde

- a. Algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar:
 - verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen mag de hulp ook worden verleend door een tandprotheticus);
 - de bijdrage aan een jeugdverzorgingsdienst.
 Vergoed worden de kosten tezamen tot een maximum van € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.
- b. Tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien:
 - de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum en
 - de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
 - uitsluitend nadat de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelingsplan, te voren toestemming heeft gegeven.
 De verzekeraar kan hierbij nadere voorwaarden stellen.

ARTIKEL 15 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING

Geen aanspraak op vergoeding bestaat van kosten van plastische of reconstructieve chirurgie. In geval van verminkingen ontstaan door een ongeval of ziekte of wegens direct bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen bestaat wel recht op vergoeding.

ARTIKEL 16 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf in het buitenland van maximaal 12 maanden worden de onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed. De vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval.

- 16.1 Binnen Europa en de landen van het Middellandse-Zeegebied vergoedt de verzekeraar de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven:
 - a. bij opname in een ziekenhuis:
 - de kosten van verpleging en behandeling in de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen per geval;
 - de kosten van ziekenvervoer per ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
 - b. de kosten van niet-klinische specialistische hulp (inclusief ziekenvervoer per ambulance);
 - c. huisartsenhulp.
- 16.2 Buiten Europa:

De dekking is gelijk aan het vermelde onder lid 1. Vergoeding vindt alleen plaats tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige behandeling in Nederland (bij ziekenhuisopname geldt als maatstaf de kosten welke het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein in rekening zou hebben gebracht voor de betreffende behandeling).
- 16.3 Gedeclearde 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.
- 16.4 SOS International

In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met SOS International. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met SOS International.

SOS International is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar onder telefoonnummer: 31-(0)20-6515151.

16.5 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 SOS International.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct de hulp van SOS International in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

- 16.6 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van SOS International bepaalde gegevens te verschaffen aan de medisch adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

PLUSPAKKET

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde medische behandelingen door zorgverleners en andere genoemde medische kosten volgens officieel goedgekeurde tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een medische noodzaak. Het eventueel door de verzekerde gekozen eigen risico wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

ARTIKEL 1 SPECIFIEKE BEHANDELINGEN

- 1.1 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.
- 1.2 Psoriasisdagbehandeling
1. De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van € 499,- per verzekerde per kalenderjaar. 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 € 227,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten vindt plaats zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.

ARTIKEL 2 BIJZONDERE THERAPIEËN

- 2.1 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 hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 2.2 Podotherapie
De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.
Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthodonyxie.

ARTIKEL 3 FYSIOTHERAPIE/OEFENTHERAPIE/MANUELE THERAPIE

In aanvulling op de in het basispakket omschreven kosten van fysiotherapie geldt de volgende vergoedingsregeling:

De medisch noodzakelijke kosten van de door de fysiotherapeut, manueel therapeut, heilgymnastmasseur of oefentherapeut Mensendieck/Cesar verleende hulp.

De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn. Als aanspraak gemaakt kan worden op de Regeling Fysiotherapie en Mensendieck/Cesar zoals opgenomen in het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particuliere verzekering, kan geen aanspraak gemaakt worden op de hieromschreven dekking. Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

ARTIKEL 4 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor de AWBZ-verstrekking niet-klinische psychiatrische hulp (psychotherapie) tot een maximum van € 454,- per behandelreeks.

ARTIKEL 5 FARMACEUTISCHE ZORG

Het eigen risico is niet van toepassing op de kosten van farmaceutische zorg.

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (homeopathisch) arts en moet zijn geleverd door een apotheek, apotheekhoudend arts, of drogisterij. De volgende kosten worden vergoed:

- a. de kosten van medicijnen, welke niet worden vergoed op grond van aanspraken uit hoofde van de Regeling Farmaceutische Zorg zoals vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van € 4538,- per verzekerde per kalenderjaar;
- b. de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen, die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van de Regeling Farmaceutische Zorg zoals vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland;
- c. de kosten van homeopathische preparaten;
- d. 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.

ARTIKEL 6 EIGEN BIJDRAGE HULPMIDDELEN

- 6.1 Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd ingevolge de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet of zoals staat vermeld in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor pruiken geldt de regeling als genoemd in lid 2. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.
- 6.2 De vergoeding voor de eigen bijdrage pruiken bedraagt maximaal € 113,-.

ARTIKEL 7 OVERIGE HULPMIDDELEN

- 7.1 Brillenglazen/Contactlenzen
Vergoed worden de kosten van brillenglazen of contactlenzen tot een maximum van € 136,- per paar. Alleen versterkende brillenglazen/contactlenzen komen voor vergoeding in aanmerking. Per verzekerde bestaat recht op vergoeding van één paar brillenglazen of contactlenzen per drie kalenderjaren.
- 7.2 Bewakingsapparatuur wiegendood
De kosten van huur c.q. inbruikleengeving van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden mits op aanvraag van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar toestemming heeft verleend.
- 7.3 Rolstoelen en invalidenwagens
De kosten van inbruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak worden gemaakt als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- 7.4 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 wordt geacht.

7.5 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 8 THERAPEUTISCH KAMP VOOR ASTMATISCHE JONGEREN

De verschuldigde eigen bijdrage tot maximaal € 5,67 per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.

ARTIKEL 9 VERBLIJF GEZINSLID BIJ LEVERTRANSPLANTATIE

De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen ten behoeve van een levertransplantatie. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Maximaal worden de volgende kosten vergoed:

- verblijf in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen 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 € 0,20 per kilometer.

**EXTRA DEKKING TANDARTSKOSTEN
voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

In aanvulling op de tandartskostendekking zoals omschreven in artikel 14 van het Basispakket van deze verzekering (algemene tandheelkundige hulp voor de verzekerden van 18 jaar en ouder) kan de verzekerde ook één van de onderstaande varianten afsluiten. De kosten worden vergoed volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.

Afhankelijk van de gekozen dekking gelden de volgende uitkeringen:

VARIANT A

- 1.1 De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts. Vergoed wordt 75% van de kosten tot maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar.

VARIANT B

- 2.1 De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts tot maximaal € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 2.2 Wanneer sprake is van een ongeval als omschreven in artikel 1.13 van deel A (algemene voorwaarden) zijn bovendien nog verzekerd de extra tandarts- en techniekkosten inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen tot een maximum van € 454,- per verzekerde. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:
- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreeks gevolg van het ongeval;
 - het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering,
 - het ongeval en de behandeling moeten binnen één maand zijn gemeld en de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
 - de verzekeraar moet vooraf goedkeuring verlenen.
- Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

VARIANT C

- 3.1 De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts tot maximaal € 1361,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 3.2 dezelfde dekking zoals omschreven bij Variant B, artikel 2.2.

**TANDHEELKUNDIGE KOSTEN GEMAAKT IN HET
BUITENLAND**

Voor de kosten van tandheelkundige hulp gemaakt in het buitenland zal vergoeding plaatsvinden binnen de in de Varianten A, B en C genoemde maximale bedrag. Hierbij geldt dat de kosten het gevolg moeten zijn van acute klachten ontstaan tijdens vakantie en/of zakenreizen en deze behandelingen om medische redenen niet uitgesteld konden worden.

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.

AEGON Gezond Team: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van AEGON. Dat houdt in dat AEGON meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij het AEGON Gezond Team voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. De verzekerde kan voor informatie en het aanvragen van onderstaande diensten contact opnemen met het AEGON Gezond Team via het gratis telefoonnummer 0800-0221733.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

De verzekerde kan bij het AEGON Gezond Team terecht voor algemene informatie over specifieke onderwerpen:

- De verzekerde kan telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding.
- De verzekerde kan informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

Preventie-cursussen

Het AEGON Gezond Team biedt aan verzekerden de mogelijkheid om bepaalde preventiecursussen te volgen. Bij preventie-cursussen kan onder meer worden gedacht aan: een cursus omgaan met hyperventilatie; geheugentraining; babymassage of een cursus eerste hulp bij kinderongevallen. Voor informatie over het volgen van een cursus en over een vergoeding ervan moet de verzekerde vooraf contact opnemen met het AEGON Gezond Team.

Lidmaatschap patiëntenvereniging

Vergoed worden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, tot een maximum van € 23,- gedurende de looptijd van de verzekering. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanmelding van kraamzorg in natura, zoals beschreven in deel B (omvang dekking), kan de verzekerde contact opnemen met het AEGON Gezond Team. Indien de verzekerde een keuze maakt voor kraamzorg in natura, regelt het AEGON Gezond Team, onder voorbehoud van beschikbaarheid, de kraamzorg in natura bij een erkende, door de verzekeraar gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd.

Kraampakket

Aanstaande moeders hebben recht op een kraampakket. Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met het AEGON Gezond Team.

Thuiszorg in natura

Thuisverpleging
De verzekerde kan, onder dezelfde voorwaarden als voor thuisverpleging zoals genoemd in deel B (omvang dekking), terecht bij het AEGON Gezond Team voor ziekenhuis verkortende of vervangende thuiszorg in natura. Het AEGON Gezond Team regelt deze thuiszorg bij een erkende, door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorg-organisatie. Voor informatie en aanmelding kan de verzekerde contact opnemen met het AEGON Gezond Team.

Huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis
De huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis zoals omschreven in deel B (omvang dekking) wordt geregeld door het AEGON Gezond Team, onder voorbehoud van beschikbaarheid. Voor informatie en aanmelding kan de verzekerde contact opnemen met het AEGON Gezond Team.

Wachtlijstbemiddeling

Op verzoek van de verzekerde en indien medisch geïndiceerd, onderneemt het AEGON Gezond Team bemiddelende activiteiten om de wachttijd te verkorten.

Het AEGON Gezond Team is te bereiken tijdens kantooruren op het **gratis** telefoonnummer:

0800-0221733