

Avéro Achmea

Postbus 2111, 1500 GC Zaandam
Telefoon (075) 651 51 51

Inhoudsopgave

- Art. 1 Begripsomschrijvingen
- Art. 2 Dekking
 - Omvang van de dekking
 - RUBRIEK A
 - A *Opneming in een ziekenhuis*
 - B *Behandeling en onderzoek zonder opneming in een ziekenhuis*
 - C *Revalidatie*
 - D *Behandeling door een paramedisch zorgverlener*
 - E *Nierdialyse*
 - F *Bevalling en kraamzorg*
 - G *Tandheelkundige hulp*
 - H *Ziekenvervoer*
 - Bijzondere aanspraken
 - I *Buitenland*
 - J *Kinderen*
 - K *Abortus en sterilisatie*
 - L *Leukemie bij kinderen*
 - M *Orgaantransplantaties*
 - N *Preventieve geneeskunde*
 - O *n.v.t.*
 - P *Fertiliteitsbevorderende behandelingen*
 - Q *Chronische intermitterende beademing*
 - R *Erfelijkheidsonderzoek*
 - S *Hulp in een audiologisch centrum*
 - T *Hulpmiddelen*
 - U *Eigen bijdrage psychiatrische hulp*
 - Aanvullende dekkingen (indien verzekerd)
 - RUBRIEK B
 - V *Behandeling door een huisarts*
 - RUBRIEK C
 - W *Behandeling door een alternatief medisch zorgverlener*
 - RUBRIEK D
 - X *Tandheelkundige hulp*
 - Y *Algemene uitsluitingen*
- Art. 3 Algemeen
 - A *Grondslag van de verzekering*
 - B *Ziekenhuisopneming in een hogere dan de verzekerde klasse*
 - C *Begin en einde van de vergoeding*
 - D *Registratie van persoonsgegevens*
- Art. 4 Schade
 - A *Verplichtingen van de verzekeringsnemer*
 - B *Indiening nota's*
 - C *Elektronisch notaverkeer en overige rechtstreekse betalingen*
 - D *Niet-nakomen van de verplichtingen*
- Art. 5 Premie en eigen risico
 - A *Premie*
 - B *Premiebetaling*
 - C *Schorsing*
 - D *Teruggave van premie en eigen risico*
 - E *Bijzondere bepalingen ten aanzien van het eigen risico*
- Art. 6 Herziening van premie of voorwaarden
- Art. 7 Wijziging van risico
- Art. 8 Duur en einde van de verzekering
- Art. 9 Geschillen
- Art. 10 Voorwaarden Achmea Health
- Art. 11 Bijzondere voorwaarden No-claim polis
 - A *Indiening nota's*
 - B *Premie*
 - C *Duur en einde van de verzekering*
 - D *Overstap van No-Claim Polis naar Economy polis*

Art. 1 Begripsomschrijvingen

- A **Avéro Achmea:**
Avéro Achmea is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- B **Alternatief medisch zorgverlener:**
Een in Nederland gevestigde arts-acupuncturist, fysiotherapeut-acupuncturist, homeopathisch arts, natuurarts, antroposofisch arts, arts-enzymtherapeut, Sickness-arts, manueel arts, manueel therapeut, Moerman-arts en chiropractor.
- C **Audiologisch centrum:**
Een in Nederland gevestigde instelling voor audiologische hulp en als zodanig toegelaten door de daartoe bevoegde overheidsinstantie.
- D **Centrum voor erfelijkheidsadvies:**
Een in Nederland gelegen instelling die door de overheid is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
- E **Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen:**
Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten of voorlopig toegelaten universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- F **Geneesmiddel:**
Een middel dat overeenkomstig de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening als geneesmiddel verhandeld mag worden en dat op voorschrift van een (huis)arts, een medisch specialist of kaakchirurg of tandarts is geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts. In het kader van de verzekeringsvoorwaarden worden onder geneesmiddelen tevens begrepen bloedproducten en sera die krachtens de daartoe bestemde wetgeving zijn toegelaten.
- G **Gezin:**
De op deze polis verzekerde personen.
- H **Huisarts:**
Een in Nederland gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.
- I **Hulpmiddelen:**
Middelen die in de regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.
- J **Medisch adviseur:**
De arts die Avéro Achmea in medische aangelegenheden adviseert.
- K **Medisch zorgverlener:**
Een in Nederland gevestigde medisch specialist (werkzaam binnen diens eigen specialisme), verloskundige, kaakchirurg of arts-fleboloog, die als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie is geregistreerd.
- L **Medische noodzaak:**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
- M **Paramedisch zorgverlener:**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar en Mensendieck), logopedist, psycholoog-psychotherapeut of ergotherapeut die als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie is geregistreerd.
- N **Revalidatie:**
Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-

technische aard, verleend in een daartoe door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

O Tandheelkundig zorgverlener:
Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het register van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, dan wel is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie (orthodontie) van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde en werkzaam is in zijn/haar specialisme.

P Verzekerde:
Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Q Verzekeringssnemer:
Degene die de verzekeringsovereenkomst met Avéro Achmea is aangegaan.

R Zelfstandig Behandel Centrum:
Een in Nederland gevestigde instelling voor gezondheidszorg, niet zijnde een ziekenhuis of daaraan verbonden polikliniek, waar behandelingen door een medisch specialist of kaakchirurg worden verricht.

S Ziekenhuis:
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek of behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en het Nederlands Astmacentrum te Davos.

Art. 2 Dekking

Omvang van de dekking

Wanneer voor de hierna genoemde behandelingen een medische noodzaak bestaat, vergoedt Avéro Achmea de kosten op basis van de officieel goedgekeurde tarieven, mits op het polisblad is aangetekend dat de betreffende rubriek is verzekerd.

Wanneer Avéro Achmea meer vergoedt dan de officieel goedgekeurde tarieven, wordt verzekerde geacht aan Avéro Achmea een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van Avéro Achmea van het door verzekerde teveel betaalde.

RUBRIEK A

A Opneming in een ziekenhuis

Verpleging, medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling en de bijkomende kosten, wanneer om medische redenen verpleging, onderzoek en/of behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn. Indien een op deze polis meeverzekerd kind vanwege borstvoeding in verband met verpleging van de moeder in een ziekenhuis verblijf moet houden en de kosten van verpleging van de moeder door Avéro Achmea worden vergoed, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed.

B Behandeling en onderzoek zonder opneming in een ziekenhuis

1. Behandeling en onderzoek door een medisch zorgverlener, waarbij de kosten van laboratoriumonderzoek alleen dan voor vergoeding in aanmerking komen indien dit onderzoek wordt verricht door een huisarts of heeft plaatsgevonden in een arts-laboratorium of ziekenhuis of door deze in rekening wordt gebracht.

Behandeling in een Zelfstandig Behandel Centrum

Behandeling in een zelfstandig behandelcentrum, voorzover deze behandeling buiten een zelfstandig behandelcentrum uitsluitend in een ziekenhuis of daaraan verbonden polikliniek kan worden verkregen. Vergoed worden de kosten van behandeling overeenkomstig de daarvoor aan het zelfstandig behandelcentrum door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) afgegeven tariefsbeschikking.

Het recht op vergoeding van de kosten bestaat uitsluitend indien en voorzover door Avéro Achmea op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming voor de betreffende behandeling is verleend. Aan de toestemming kunnen door Avéro Achmea nadere voorwaarden worden verbonden.

2. Geneesmiddelen, voorgeschreven door een medisch zorgverlener of huisarts en geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts. Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het door de overheid opgestelde Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) van toepassing. De kosten van een geneesmiddel worden vergoed tot maximaal de in het GVS genoemde limiet.
3. Dieetpreparaten als vermeld in de door Zorgverzekeraars

Nederland vastgestelde Uniforme regeling Dieetpreparaten. De regeling maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. In de regeling is onder meer bepaald dat vooraf toestemming verleend dient te zijn door Avéro Achmea, aan welke toestemming door Avéro Achmea nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

C Revalidatie

Revalidatiedeeltijd- of dagbehandeling verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. Dit team dient in ieder geval onder leiding te staan van een medisch specialist en te bestaan uit een paramedisch zorgverlener of een deskundige op maatschappelijk, arbeidskundig of revalidatietechnisch terrein.

De hulp dient voor verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat. De verzekerde dient met de hulp in staat te zijn een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Vergoeding van de kosten van revalidatie vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijd en vooraf bij Avéro Achmea schriftelijk toestemming is gevraagd voor behandeling en wanneer Avéro Achmea als bewijs van haar toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

D Behandeling door een paramedisch zorgverlener

1. Behandeling door een fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar en Mensendieck), logopedist of ergotherapeut.

Toelichting:

Onder fysiotherapie wordt onder meer niet verstaan; zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan; behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van logopedische problemen van medische aard) of van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

Vergoed worden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut gedurende maximaal 10 uur per kalenderjaar, op voorschrift van de huisarts of medisch specialist, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

2. Psychotherapeutische behandelingen door een psycho- loog-psychotherapeut indien de behandeling plaatsvindt in opdracht van, in samenwerking met en onder toezicht van een psychiater.

Toelichting:

Het recht op de bovenstaande vergoeding bestaat uitsluitend indien op grond van medische redenen het niet mogelijk is de aanspraak op verstrekking in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geldend te maken. Onder verstrekking in het kader van de AWBZ wordt onder meer begrepen:

- a. behandeling door een psychiater;
- b. behandeling door het Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).

E Nierdialyse

Nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch en poliklinisch) als bij verzekerde thuis.

Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voor zover Avéro Achmea op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

F Bevallings en kraamzorg

De in dit artikel vermelde vergoedingen, uitkeringen en verstrekkingen vinden alleen plaats, indien de moeder op basis van deze overeenkomst is verzekerd.

1. Bevallings en kraamzorg met medische noodzaak in een ziekenhuis.
Indien en voor zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat aanspraak op vergoeding van:
 - a. de kosten van ziekenhuisopneming;
 - b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;

- c. het honorarium met betrekking tot de verloskundige hulp. Wanneer het verblijf korter duurt dan 8 dagen, wordt voor iedere dag dat het verblijf korter is een geboorteutkering verleend van f 250,00. Bij de berekening daarvan gaat Avéro Achmea uit van de dag van bevalling in het ziekenhuis.
2. Poliklinische bevalling en kraamzorg thuis of bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak in een kraaminrichting of ziekenhuis.
Bij een poliklinische bevalling (korter dan 24 uur) en kraamzorg thuis en bij bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak in een kraaminrichting of ziekenhuis wordt, naast een vergoeding van het honorarium van een verloskundige en/of huisarts en/of medisch specialist en de kosten van de verloskamer, een geboorteutkering verleend van f 2000,00.
3. Bevalling en kraamzorg thuis.
Indien de bevalling en de kraamzorg thuis plaatsvinden, wordt naast de vergoeding van het honorarium van een verloskundige en/of huisarts, een geboorteutkering verleend van f 2000,00.
4. Kraamzorg in natura
In plaats van de hiervoor genoemde geboorteutkering kan verzekerde aanspraak maken op kraamzorg in natura. Ook na ontslag uit het ziekenhuis kan aanspraak worden gemaakt op kraamzorg in natura. Bij de vaststelling van deze aanvullende kraamzorg wordt rekening gehouden met de reeds in het ziekenhuis verkregen kraamzorg. Om voor kraamzorg in natura in aanmerking te komen is het noodzakelijk uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap contact op te nemen met Avéro Achmea, telefoonnummer 075-65 15 220.
Avéro Achmea zal ervoor zorgdragen dat de kraamzorg wordt geregeld. De hulp wordt gebaseerd op de persoonlijke behoefte en situatie van verzekerde.

G Tandheelkundige hulp

1. Kaakorthopedie
Kaakorthopedische behandeling (orthodontie) door een tandheelkundig zorgverlener.
2. Tandheelkundige implantaten
Tandheelkundige implantaten, doch uitsluitend indien:
- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
 - de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
 - de implantaten door de kaakchirurg worden ingebracht;
 - Avéro Achmea op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelplan, tevoren toestemming heeft verleend.
Geen toestemming wordt verleend, indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten.
Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.
3. Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
Tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:
- het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
 - een kaakgewrichtsafwijking (pijn dysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandheelkundig zorgverlener, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
 - een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
 - een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
 - een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).
Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:
 - de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en plaatsvindt in een daartoe door de overheid toegelaten centrum en
 - Avéro Achmea op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelplan,

tevoren toestemming heeft gegeven.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

4. Tandheelkundige hulp voor verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap
Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, worden de door de tandheelkundig zorgverlener in rekening gebrachte kosten vergoed op basis van het rechtsgeldige tarief per behandeluur. Een en ander na vooraf verleende schriftelijke toestemming van Avéro Achmea. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor personen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
5. Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 21 jaar
Behandeling door een tandheelkundig zorgverlener tot een maximum van f 1000,00 per verzekerde per kalenderjaar. Deze dekking eindigt per 1 januari volgend op de dag dat door verzekerde de 21-jarige leeftijd wordt bereikt.
6. Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 21 jaar
De kosten van de volgende tandheelkundige hulp:
- extracties;
 - wortelkanaalbehandelingen;
 - tand- en kaakfoto's.

H

Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer (per ambulance, taxi of eigen auto) in Nederland voor zover dit verband houdt met verpleging, onderzoek of behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van Avéro Achmea komen en het vervoer blijkens een verklaring van een arts of medisch specialist wegens de gezondheidstoestand van verzekerde niet kan plaatsvinden door middel van het openbaar vervoer.

Indien verzekerde wordt vervoerd door middel van een eigen auto, bedraagt de vergoeding f 0,50 per kilometer.

Bijzondere aanspraken

Buitenland

1. Medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorziene ziekte of een ongeval tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, zakenreis of studiedoeleinden. Uitsluitend de behandelingen die met toepassing van deze verzekeringsvoorwaarden zouden zijn vergoed indien de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan, komen voor vergoeding in aanmerking.
2. In geval van opname in een ziekenhuis wordt de vergoeding tevens beperkt tot de kosten van maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval. Onder ziektegeval wordt verstaan; iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.
3. Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten verband houdend met een ziekenhuisopname en/of medische behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van een verblijf in het buitenland en kosten die men bij vertrek naar het buitenland redelijkerwijs kon verwachten, tenzij daarvoor door Avéro Achmea vooraf toestemming is verleend.
4. De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door Avéro Achmea zijn ontvangen en zal nooit meer bedragen dan de werkelijk geleden schade.
5. Repatriëring.
De verzekerde kan terzake van ernstige ziekte of een ernstig ongeval voor hulp en advies onmiddellijk voor rekening van Avéro Achmea contact opnemen met de Achmea Health Alarmcentrale waar Avéro Achmea een overeenkomst mee heeft. Indien in overleg met de Alarmcentrale repatriëring noodzakelijk blijkt, draagt de Alarmcentrale zorg voor het vervoer van verzekerde naar Nederland, inclusief voorgeschreven medische begeleiding. In geval van overlijden van verzekerde draagt bovengenoemde organisatie zorg voor vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland. Indien en voor zover alle hiervoor genoemde kosten in overleg met de Alarmcentrale zijn gemaakt komen deze, onder aftrek van besparingen en dergelijke, voor rekening van Avéro Achmea.

I

J Kinderen
Voor kinderen geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, mits alle daarvoor in aanmerking komende kinderen bij Avéro Achmea zijn meeverzekerd, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.

K Abortus en sterilisatie
Abortus en sterilisatie door een medisch specialist in een ziekenhuis.

L Leukemie bij kinderen
Centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

M Orgaantransplantaties
Transplantatie van de volgende donororganen: long, hart-long, huid, hoornvlies, nier, nier-pancreas, beenmerg, hart, bot en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na voorafgaande toestemming van Avéro Achmea. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed. Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor, op basis van de klasse waarvoor deze is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende, onder de vergoeding vallende, orgaantransplantaties.

N Preventieve geneeskunde
Behandeling met betrekking tot:

1. röntgenologisch borstonderzoek;
2. inentingen tegen hondsdoelheid en rode hond;
3. griepvaccinatie;
4. tetanusvaccinatie.

O n.v.t.

P Fertiliteitsbevorderende behandelingen
Behandeling met hormonen, kunstmatige inseminatie en operatieve ingrepen.
Daarnaast kan na voorafgaande toestemming van Avéro Achmea een tegemoetkoming in de kosten worden verleend voor een in-vitro-fertilisatie (IVF) behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient sprake te zijn van een medische noodzaak. Bij de toestemming kan Avéro Achmea nadere voorwaarden stellen. De kosten van maximaal drie IVF-pogingen per behandelde vrouwelijke verzekerde komen voor vergoeding in aanmerking, waarbij per poging een eigen bijdrage van f 800,00 wordt ingehouden.
Voor IVF behandeling wordt geen toestemming verleend, indien voor die kosten uit hoofde van een eerdere verzekering bij Avéro Achmea een vergoeding of tegemoetkoming is verkregen.

Q Chronische intermitterende beademing
Mechanische beademing op voorschrift van een medisch specialist in een daartoe door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

R Erfelijkheidsonderzoek
Hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing, na verwijzing door een huisarts of medisch specialist.
De hulp omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Vergoeding van de kosten van bovengenoemde hulp vindt uitsluitend plaats, indien de onderzochte personen op deze polis zijn verzekerd.

S Hulp in een audiologisch centrum
Onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

T Hulpmiddelen
Volledige vergoeding van de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van hulpmiddelen (in eenvoudige uitvoering), als vermeld in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde regeling Hulpmiddelen. De regeling maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn en door de behandelend arts te zijn voorgeschreven:
Een en ander ter beoordeling aan Avéro Achmea.
Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voor zover Avéro Achmea op een daartoe strekkend verzoek te voren toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
De kosten verband houdend met het gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

U Eigen bijdrage psychiatrische hulp
De krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verschuldigde eigen bijdrage voor psychiatrische hulp.

Aanvullende dekkingen

RUBRIEK B

V Huisarts
Visites en/of consulten in rekening gebracht door de huisarts.

RUBRIEK C

W Alternatief medisch zorgverlener
Behandeling door een homeopathisch arts, natuurarts, antroposofisch arts, moerman-arts tot ten hoogste tweemaal het tarief van een enkelvoudig huisartsconsult. Maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar tot ten hoogste f 50,00 per behandeling, indien de behandeling wordt verricht door een arts-acupuncturist, fysiotherapeut-acupuncturist, arts-enzymtherapeut, manueel therapeut, manueel arts, Sickness-arts of chiropractor.
Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts of (alternatief) medisch zorgverleners, mits geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts en die volgens het door de overheid opgestelde GVS als geneesmiddel worden aangemerkt.

RUBRIEK D (Indien meeverzekerd)

X Tandheelkundige hulp
Behandeling door een tandheelkundig zorgverlener. Volledige vergoeding, tenzij anders is aangegeven, van de kosten van de volgende verrichtingen door een tandheelkundig zorgverlener, overeenkomstig de wettelijk vastgestelde tarieven (Uniforme Particuliere Tarieven):

<i>Omschrijving</i>	<i>UPT Code</i>
<i>Consultatie en diagnostiek</i>	C
Niet vergoed worden de kosten van een keuringsrapport (C70 en C75) en een niet nagekomen afspraak (C90).	
<i>Röntgendiagnostiek</i>	X
<i>Preventie en mondhygiëne</i>	M
<i>Restauraties door middel van plastische materialen</i>	V
<i>Endodontie</i>	E
Niet vergoed worden de kosten van het bleken van elementen (E90, E95 en E96).	
<i>Chirurgie</i>	H
<i>Parodontologie</i>	T
Vergoeding van 50% van de kosten van parodontologie.	
<i>Restauraties door middel van niet-plastische materialen</i>	R

Vergoeding van maximaal 4 elementen per verzekerde per kalenderjaar. Per element wordt maximaal f 350,00 inclusief de techniekkosten, vergoed.

Omschrijving UPT
Code

Uitneembare prothetische voorzieningen P
Vergoeding van de volgende uitneembare prothetische voorzieningen tot de genoemde maximum bedragen:

<i>bovenprothese</i>	f 400,00	P21 + P00
<i>onderprothese</i>	f 400,00	P25 + P00
<i>volledige prothese</i>		
<i>(boven- en onderprothese)</i>	f 800,00	P30 + P00

Overige uitneembare prothetische voorzieningen worden vergoed exclusief de techniekkosten.

Kaakorthopedische behandeling (orthodontie) D

Vaststelling van de vergoeding

Allereerst vindt vaststelling van de kostenvergoeding plaats op basis van deze rubriek. Daarna wordt voor het eventueel resterende deel een verdere vergoeding verleend op grond van de eventueel elders in deze voorwaarden van toepassing zijnde vergoedingsregelingen voor tandheelkundige hulp.

Y Algemene uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding bestaat:

1. Voor kosten van een behandeling die verband houdt met een ziekte of afwijking die al vóór of bij het totstandkomen van de verzekering bestond, terwijl de verzekeringsnemer of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg of klachten ondervond. Het hiervoor bepaalde is (voor de risicoverhoging) ook van toepassing bij een uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse op verzoek van verzekerde. Het bovenstaande is niet van toepassing indien Avéro Achmea van die ziekte, afwijking of klachten bij de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst door middel van het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier op de hoogte is gebracht of bij totstandkoming van de verzekering door de verzekerde schriftelijk, per aangetekende brief of bericht van ontvangst, daarvan in kennis is gesteld en bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen.
2. Indien en voor zover door de verzekeringsnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op versterking van verpleging, onderzoek of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
 - a. een wettelijk geregelde verzekering;
 - b. een regeling van overheidswege;
 - c. enigerlei subsidieregeling;
 - d. een andere overeenkomst.
3. Voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek, uitgezonderd het bepaalde in artikel 2 lid U.
4. Voor kosten van behandeling door een psycholoog en kosten van psycho-analyse.
5. Voor kosten van vorm- en/of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
6. Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd.
7. Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeit uit atoomkernreactie, tenzij er sprake is van schade veroorzaakt door actieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging,

gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het hiervoor bepaalde geen toepassing.

8. Voor kosten van het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit.
9. Voor kosten van alle fertiliteitsbevorderende behandelingen, uitgezonderd het bepaalde in artikel 2 lid P.
10. Voor kosten van keuringen en attesten.
11. Voor kosten van tandheelkundige hulp voor zover niet anders in de voorwaarden is vermeld.

Art. 3 Algemeen

A Grondslag van de verzekering

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier en schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit.

Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens Avéro Achmea gestelde vragen kan voor Avéro Achmea aanleiding zijn zich op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen conform artikel 251 Wetboek van Koophandel.

B Ziekenhuisopneming in een hogere dan de verzekerde klasse

Bij ziekenhuisopneming in een hogere klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de verzekerde klasse. Wordt een klasse 2b-verzekerde opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vindt vergoeding plaats volgens de tarieven van die ene tweede klasse.

C Begin en einde van de vergoeding

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

D Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte gegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Avéro Achmea gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing, dat ter inzage ligt bij Avéro Achmea en op eerste verzoek aan de verzekerde zal worden verstrekt.

Art. 4 Schade

A Verplichtingen van de verzekeringsnemer

De verzekeringsnemer is verplicht:

1. voorafgaand aan een opname in een ziekenhuis daarvan zo spoedig mogelijk schriftelijk kennis te geven aan Avéro Achmea;
2. spoedopnames binnen drie dagen na ziekenhuisopneming schriftelijk ter kennis te brengen van Avéro Achmea;
3. de behandelend huisarts of medisch specialist te machtigen de reden van ziekenhuisopneming bekend te maken aan de medisch adviseur;
4. aan Avéro Achmea, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
5. Avéro Achmea behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde en zich tegenover derden te onthouden van het treffen van enigerlei regeling met betrekking tot het verhaalsrecht.

B Indiening nota's

De originele nota's dienen zodanig gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Avéro Achmea is gehouden. De nota's dienen binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin behandeling heeft plaatsgevonden, bij Avéro Achmea te worden ingediend. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

C Elektronisch notaverkeer en overige rechtstreekse betalingen

Het door Avéro Achmea voorgeschoten en door de verzekeringsnemer verschuldigde eigen risico bedrag en/of de door Avéro Achmea voorgeschoten en door de verzekeringsnemer verschuldigde niet verzekerde kosten, dienen op het eerste schriftelijke verzoek van Avéro Achmea aan haar te worden terugbetaald.

D Niet-nakomen van de verplichtingen

Wanneer de belangen van Avéro Achmea worden

geschaad door het niet nakomen van de verplichtingen vermeld onder artikel 4 lid A, B en C behoeft Avéro Achmea geen kosten te vergoeden.

Art. 5 Premie en eigen risico

A Premie

De premie van de verzekering wordt vastgesteld volgens het voor deze verzekeringsvorm gepubliceerde tarief ingedeeld in leeftijdsgroepen.

Aanpassing aan de premie voor een hogere leeftijdsgroep vindt plaats per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de volgende groep wordt bereikt.

Per gezin is voor ten hoogste twee kinderen premie verschuldigd.

B Premiebetaling

De premie dient bij vooruitbetaling te worden voldaan. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van Avéro Achmea te vorderen vergoeding.

C Schorsing

De verzekeringsnemer is verplicht premie en/of kosten, alsmede de op basis van wettelijke regelingen opgelegde heffingen, te voldoen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd worden.

Indien het bedrag niet volledig binnen genoemde termijn door Avéro Achmea is ontvangen, wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat dit bedrag was verschuldigd.

Nadere ingebrekestelling door Avéro Achmea is hiervoor niet nodig. Verzekeringsnemer blijft verplicht de premie en de kosten te voldoen, waaronder de buitengerechtelijke kosten.

De verzekering wordt weer van kracht, nadat de premie en de kosten door Avéro Achmea zijn ontvangen. Kosten die gemaakt zijn gedurende de termijn waarover de dekking opgeschort is geweest, worden niet vergoed. Avéro Achmea behoudt zich het recht voor de verzekering bij achterstalligheid in de premiebetaling op te zeggen.

D Teruggave van premie en eigen risico

Teruggave van premie vindt slechts plaats over de nog niet verschenen termijn van het lopende kalenderjaar. Een reeds ingehouden eigen risico zal niet gerestitueerd worden.

E Bijzondere bepalingen ten aanzien van het eigen risico

Het voor de verzekering geldend eigen risico is op alle onder artikel 2 genoemde vergoedingen van toepassing, met uitzondering van de vergoedingen genoemd in en verleend op basis van artikel 2 lid F onder 4 en Rubriek D van deze verzekering.

Bij een samenloop van een maximum vergoeding per polisonderdeel en een voor de verzekering geldend eigen risico wordt de vergoeding als volgt vastgesteld:

De voor vergoeding in aanmerking komende bedragen worden berekend met inachtneming van de eventueel per polisonderdeel aldaar vermelde maximum bedragen of percentages.

Vervolgens wordt het voor de verzekering geldend eigen risico in mindering gebracht.

In geval een ziekenhuisopneming niet eindigt in het jaar waarin deze begon, blijven de aan deze ziekenhuisopneming verbonden kosten gerekend tot de verzekerde kosten van het jaar waarin de ziekenhuisopneming begon.

Voor het eigen risico geldt:

1. het aantal verzekerden op 1 januari van het jaar is bepalend voor de hoogte van het eigen risico in dat jaar;
2. bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt het eigen risico voor het resterende gedeelte van dat jaar verminderd met 1/12e deel voor iedere vóór de ingangsdatum reeds verstreken maand van dat kalenderjaar;
3. bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalenderjaar zal het voor een geheel kalenderjaar geldend eigen risico volledig van toepassing zijn op de door deze verzekering gedekte kosten die gemaakt zijn tot aan de datum van beëindiging.

Art. 6 Herziening van premie of voorwaarden

Avéro Achmea heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen van verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Avéro Achmea vast te stellen datum. Avéro Achmea doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties. De verzekeringsnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per genoemde datum

beëindigen, mits dit binnen 30 dagen na de wijzigingsdatum schriftelijk aan Avéro Achmea wordt medegedeeld. De premie over de niet verstreken periode wordt dan gerestitueerd.

Heeft Avéro Achmea binnen 30 dagen na genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringsnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet op basis van de gewijzigde voorwaarden en/of premie. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij:

- A uitbreiding van de dekking;
- B verlaging van de premie;
- C aanpassing van de premie aan de leeftijdsgroep als omschreven in artikel 5 lid A;
- D bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat.

Art. 7 Wijziging van risico

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

- A het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of een publiekrechtelijke regeling;
- B verhuizing;
- C huwelijk;
- D samenwoning;
- E geboorte;
- F overlijden.

Door het niet of niet tijdig melden vervalt ieder recht op terugvordering van premie.

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

Art. 8 Duur en einde van de verzekering

A De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad vermelde contractduur en wordt telkens stilzwijgend voor dezelfde termijn verlengd, tenzij de verzekeringsnemer tenminste drie maanden voor het verstrijken van bedoelde termijn per aan Avéro Achmea gericht schrijven de verzekering heeft opgezegd.

B Voor een tot een gezin behorend meeverzekerd kind dat in het huwelijk treedt, is de verzekering met ingang van de huwelijksdatum niet meer van kracht. In dit geval kan aansluitend op een afzonderlijke polis de dekking worden voortgezet tegen de geldende voorwaarden en premie, mits de wens daartoe binnen een maand na bedoelde datum kenbaar gemaakt wordt.

C Wanneer verplichte verzekering ingevolge de Ziekenfondswet ontstaat, eindigt voor de betreffende verzekerde(n) de verzekering op basis van deze overeenkomst. De verzekering eindigt voor de betreffende verzekerde(n) per de datum waarop (een kopie van) het bewijs van inschrijving in het ziekenfonds door Avéro Achmea is ontvangen.

De verzekering eindigt voor verzekerde eveneens zodra deze geen Nederlands ingezetene meer is.

D Avéro Achmea mag de verzekering op een door haar te bepalen tijdstip zonder tussenkomst van de rechter beëindigen, in geval van verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 3 lid A, in geval van schorsing die langer duurt dan 3 maanden als bedoeld in artikel 5 lid C, in geval van bedrog of misbruik van omstandigheden en in geval de verzekerde een van de verplichtingen voortvloeiende uit de verzekering niet behoorlijk nakomt.

E Indien door een verzekerde, na het van kracht worden van deze polisvoorwaarden, de leeftijd van 65 jaar wordt bereikt, eindigt voor de betreffende verzekerde de verzekering op basis van deze overeenkomst. Na beëindiging zal aanspraak gemaakt kunnen worden op een Standaardpakketpolis krachtens de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 tegen de op dat moment geldende tarieven en voorwaarden.

Art. 9 Geschillen

A Indien een uitkering om medische redenen wordt geweigerd, is de verzekeringsnemer bevoegd een hieruit

gerezen geschil te onderwerpen aan de beslissing van een arbitragecommissie, bestaande uit drie artsen, waarvan één aan te wijzen door Avéro Achmea, één door de verzekeringnemer en de derde door de beide artsen gezamenlijk, welke derde als voorzitter van de commissie zal fungeren. Indien de beide door de partijen benoemde arbiters het over de aanwijzing van de derde arbiter niet eens kunnen worden, wordt de laatstgenoemde benoemd door de President van de Rechtbank te Haarlem. De beslissing zal zowel voor Avéro Achmea als voor de verzekeringnemer bindend zijn. De kosten van de arbitrage moeten worden gedragen door de in het ongelijk gestelde partij. Alle overige geschillen over de polis of de daarbij aangegane verzekering worden onderworpen aan de uitspraak van een bevoegde rechter. Klachten met betrekking tot de verzekeringsovereenkomst kunnen schriftelijk worden ingediend bij de directie van Avéro Achmea en/of bij de volgende klachten-instituten: Ombudsman Zorgverzekeringen, Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf. Het postadres van beide klachteninstituten is Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Het telefoonnummer van beide klachteninstituten is 070-3338999.

B Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Art. 10 Voorwaarden Achmea Health

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekering u heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder Achmea Health heeft u als Avéro Achmea-verzekerde altijd recht.

A Achmea Health Alarmcentrale

Vergoed worden:

- de kosten van het organiseren van de in artikel 2.1 genoemde hulpverlening door de Achmea Health Alarmcentrale (uitgevoerd door Eurocross);
- 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.

B Korting bij Pearle Opticiëns

Bij elke Pearle Opticiëns in Nederland ontvangt u korting bij aanschaf van een bril, contactlenzen, contactlensvloeistof en/of een zonnebril zonder sterkte. U ontvangt een korting op de bruto verkoopprijs van:

- 25% op een brilmontuur, alleen bij aankoop van een complete bril;
 - 10% op iWear contactlenzen en iWear contactlensvloeistoffen;
 - 10% op een zonnebril zonder sterkte;
- Deze kortingen zijn alleen geldig op vertoon van een geldig polisblad/relatiepas. Elke korting geldt niet in combinatie met andere aanbiedingen. De Pearle-medewerkers in de winkel lichten graag de aanbiedingen en de kortingen toe. Op brillenglazen wordt geen korting verleend. Bij bepaalde acties van Pearle ontvangt u een extra voordeel, bovenop de dan geldende aanbieding. U wordt van dit extra voordeel op de hoogte gebracht.

C Korting op personenalarmering

U heeft recht op een korting van 10% op de huur en abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmeringssysteem van ActionLine.

D Second opinion

Vergoed worden de kosten van second opinion door een medisch specialist of tandarts.

E Kraampakket

Vrouwelijke verzekerden die in verwachting zijn, krijgen van ons een medisch kraampakket thuisbezorgd. Voorwaarde voor vergoeding U moet het medisch kraampakket minimaal twee maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij ons aanvragen.

F Uitleen verpleegartikelen

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

G Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

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

H Voorwaarde voor vergoeding Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. **Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland**

Vergoed worden 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.

I Preventieve onderzoeken

Vergoed worden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- problemen met hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

J Sportmedisch onderzoek

Per verzekerde worden de volgende behandelingen in een sportmedische instelling vergoed:

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt f 25,00;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessure consult en/of herhalingsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

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

K Leefstijltrainingen

Vergoed worden de kosten van maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum. De eigen bijdrage per training bedraagt f 225,00.

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 of medisch specialist.

L Preventieve cursussen

Enmalig, per persoon, wordt een tegemoetkoming gegeven van 75% in de kosten van preventieve cursussen, tot een maximum van f 250,00 per kalenderjaar.

Wij geven de tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- gericht op afvallen;
- stoppen met roken
- hartproblemen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De cursussen moeten worden georganiseerd door een thuiszorginstelling of door Ten Tije Fitness (alleen voor de cursus gericht op afvallen).

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

M Voedingsvoorlichting

Vergoed wordt 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal f 250,00 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.

N Kuurcentra

U heeft recht op een korting op een 1- of 3-daags arrangement in het kuurcentrum Fontana in Nieuweschan of in het Thermaalbad Arcen. De korting geldt niet op feestdagen. Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen en de te verkrijgen korting.

O Korting op fitness

U heeft bij 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.

- P 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 ziektekostenverzekering;
 - Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek 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.

maken op de Economy polis van Avéro Achmea, mits de wens daartoe binnen 3 maanden na de bedoelde contractsvervaldatum schriftelijk aan Avéro Achmea kenbaar wordt gemaakt. Indien van deze mogelijkheid gebruik wordt gemaakt, zullen alle op deze polis verzekerde personen, zonder medische selectie, verzekerd worden tegen de dan geldende premie en voorwaarden van de Economy polis.

Art. 11 Bijzondere voorwaarden No-Claim Polis

Indien op de polis is vermeld dat de bijzondere voorwaarden No-Claim Polis van toepassing zijn, gelden in tegenstelling tot hetgeen in artikel 4 lid B en artikel 5 lid A en E is vermeld, de volgende bepalingen.

- A Indiening nota's**
- Verzekeringnemer is verplicht de originele nota's, die op een zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Avéro Achmea is gehouden, vóór 1 april van het kalenderjaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij Avéro Achmea in te dienen. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.
- B Premie**
- De premie van de verzekering wordt vastgesteld volgens het voor deze verzekeringsvorm gepubliceerde tarief ingedeeld in leeftijdsgroepen.
- Aanpassing aan de premie voor een hogere leeftijdsgroep vindt plaats per 1 mei van het jaar volgend op het jaar waarin de volgende groep wordt bereikt.
- Per gezin is voor ten hoogste twee kinderen jonger dan 18 jaar premie verschuldigd.
- Vanaf de ingangsdatum van de verzekering tot 1 mei van het daarop volgende kalenderjaar wordt 50% van de premie in rekening gebracht, met uitzondering van de premie voor Rubriek D (tandheelkundige hulp) waarvoor de volledige premie verschuldigd blijft.
- Indien vergoeding van kosten is verleend over enig (gedeelte van een) kalenderjaar, wordt vanaf 1 mei van het daarop volgende jaar gedurende 12 maanden, de volledige premie (100%) voor alle op de polis verzekerde personen in rekening gebracht. Dit geldt niet voor vergoedingen van kosten die in het kader van de AWBZ en de vergoedingsregeling voor kraamzorg in natura (artikel 2 lid F onder 4) en tandheelkundige hulp (Rubriek D) worden verleend.
- Wordt over een afgelopen kalenderjaar geen vergoeding van kosten verleend, dan wordt per 1 mei daaropvolgend gedurende 12 maanden voor alle op de polis verzekerde personen 50% van de volledige premie berekend, met uitzondering van de premie voor Rubriek D.
- C Duur en einde van de verzekering**
- De verzekering is aangegaan voor de periode vanaf de ingangsdatum tot 1 mei daaropvolgend en vervolgens voor 36 maanden, zijnde de contractsduur. De verzekering wordt geacht stilzwijgend telkens voor 36 maanden te zijn verlengd, tenzij de verzekeringnemer tenminste drie maanden voor de afloop van de contractsduur de verzekering heeft opgezegd.
- Voor meeverzekerde kinderen eindigt de verzekering bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd. In dit geval kan de dekking aansluitend worden voortgezet op een afzonderlijke polis tegen de geldende voorwaarden en premie, mits de wens daartoe binnen een maand na het bereiken van de 18-jarige leeftijd kenbaar wordt gemaakt.
- D Overstap van No-Claim Polis naar Economy polis**
- Ingaande de eerstvolgende contractsvervaldatum na het bereiken van de 50-jarige leeftijd van verzekeringnemer, kunnen de verzekerden op deze polis éénmalig aanspraak