
POLISVOORWAARDEN AMERSFOORTSE AANVULLENDE VERZEKERING EXCLUSIEF 2019



INHOUDSOPGAVE:

1. Begripsomschrijvingen.....	4
2. Wijze van uitvoering	8
3. Omvang van de dekking	9
3.1 Acnebehandeling	9
3.2 Allergeenvrije hoezen	9
3.3 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling)	10
3.4 Brillen of contactlenzen	11
3.5 Buitenland (medische zorg)	12
3.6 Camouflage	15
3.7 Combinatietest	15
3.8 Diëtetiek	16
3.9 Eczeembehandeling	16
3.10 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing	16
3.11 Ergotherapie	17
3.12 Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen)	17
3.13 Geboorte TENS of MammaTENS	18
3.14 Herstellingsoord en hospice	18
3.15 Hulpmiddelen	18
3.16 Kraampakket	19
3.17 Kuurreizen	20
3.18 Lactatiekunde	20
3.19 Laserbehandeling of lensimplantatie	20
3.20 Mammaprint	21
3.21 Oncotype DX	21
3.22 Orthodontie	22
3.23 Orthoptie	23
3.24 Overgangsconsulent	23
3.25 Pedicure	23
3.26 Plakstrips voor mammaprothese	24
3.27 Plastische chirurgie	24
3.28 Plaswekker of trilhhorloge.....	24
3.29 Podotherapie/Podologie/Podoposturale therapie	25
3.30 Refertilisatie	25
3.31 Reiskosten ziekenbezoek aan medeverzekerden	25
3.32 Sterilisatie	26
3.33 Steunzolen (of therapeutische zolen)	26
3.34 Stottertherapie	26
3.35 Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar	26
3.36 Therapeutische kampen	27
3.37 Verloskundige zorg en kraamzorg	27
3.38 Wondverzorging	28
3.39 Ziekenvervoer binnen Nederland	29
4. Omvang van de dekking Preventie.....	29
4.1 Bewegprogramma's	30
4.2 Cursus babymassage	30
4.3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	30
4.4 Preventieve cursussen	30
4.5 Preventieve geneeskunde	31
4.6 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten	32
5. Omvang van de dekking Tandarts.....	32
6. Uitsluitingen.....	35
7. Algemeen.....	35

8. Premie.....	37
9. Premiebetaling en betalingsachterstand.....	37
10. Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	38
11. Declaraties en onderbreking van de dekking.....	38
12. Regres.....	39
13. Fraude.....	39
14. Kennisgeving relevante gebeurtenissen.....	40
15. Herziening van premie of voorwaarden	40
16. Duur van de verzekering.....	41
17. Heroverweging en klacht.....	42
18. Bepalingen in verband met collectiviteit.....	43
19. Clause terrorismedekking.....	43
20. Contactgegevens	43

1. Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvullende zorgverzekering

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

Alternatief genezer

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

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Basisarts

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

Basisverzekering

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

Bedrijfsarts

Een arts die optreedt namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Genoetkundige Registratie Commissie (SGRC).

Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Dagbehandeling

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

DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg door middel van een prestatiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven.

Het DBC-traject begint op het moment dat een verzekerde zich meldt met een zorgvraag (de DBC wordt geopend) en wordt afgesloten volgens de geldende regelgeving.

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

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

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, en/of advies en begeleiding zoals apotheekhoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, één en ander met inachtneming van het door De Amersfoortse vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

G-standaard

Een databank die op geïntegreerde wijze het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ondersteunt. De databank bevat hiervoor relevante gegevens over zorgproducten die in Nederland verkrijgbaar zijn bij apotheken en zorginstellingen.

Gecertificeerd echoscopist

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

Gecontracteerde zorg

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

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

Kaakchirurg

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

Kraamcentrum

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

Kraamhotel

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

Kraamverzorgende

Geschoolde hulp voor een thuis verblijvende kraamvrouw.

Kraamzorg

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

Lactatiekundige

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

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Marktconform tarief

De kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Medisch adviseur

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

Medisch specialist

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

Meditel

Meditel B.V., Postbus 454, 2800 AL Gouda, telefoon (0900) 202 10 40.

Mondhygiënist

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

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Ongeval

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthoptist

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

Pedicure

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

Podoloog

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

Podoposturaal therapeut

Een in Nederland gevestigde podoposturaal therapeut die als A-therapeut is aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie) en kwaliteitsgeregistreerd bij KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg).

Podotherapeut

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

PreMeo Thuisvaccinatie

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

Privékliniek in buitenland

Een instelling waarvan met zekerheid kan worden gesteld dat medisch specialistische zorg voor verpleging, onderzoek en behandeling wordt geleverd conform de Nederlandse standaard van kwaliteit.

Registerpodoloog

Een in Nederland gevestigde registerpodoloog die is aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie) en kwaliteitsgeregistreerd bij KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg).

Schoonheidsspecialist

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

SOS International

SOS International biedt 24/7 hulp aan reizigers bij ziekte of een ongeval in het buitenland. U kunt u online medische reishulp vragen via www.smartmelden.nl. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

Spoedeisende zorg

Zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van acute ziekte of ongeval waarbij direct spoedeisende medisch noodzakelijke hulp nodig is.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Tijdelijk verblijf

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

Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten of Zwitserland, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

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

Verpleegkundige

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

Verwijsbrief/verwijzing

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of zorginstelling. Een verwijzing moet voorafgaand aan de behandeling worden afgegeven. Op een verwijsbrief staat minimaal: NAW-gegevens en geboortedatum verzekerde, naam, functie, AGB-code en stempel van de praktijk en/of handtekening van de verwijzer, datum afgifte, reden van verwijzing en eventuele overige relevante gegevens. Een verwijsbrief is tot 1 jaar na afgifte geldig en moet voldoen aan landelijke wet- en regelgeving.

Verzekerde

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

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

VVOC

Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten. Beemd 10, 5071 AN Udenhout. www.overgangsconsulente.com.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

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

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgverzekeraar

ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV, hierna ook te noemen wij of de zorgverzekeraar. ASR Basis Ziektekostenverzekeringen NV (KvK 32110828) en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV (KvK 32110823), gevestigd aan de Archimedeslaan 10 te Utrecht staan onder toezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en zijn geregistreerd onder de AFM-nummers 12000605, 12001028 en 12001029.

2. Wijze van uitvoering

Woonland

Deze aanvullende verzekering kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten. Voor in Nederland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in Nederland en uitgevoerd is door een in Nederland gevestigde zorgverlener. Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in het woonland en uitgevoerd is door een in het woonland gevestigde zorgverlener. Uitzondering hierop vindt u terug in artikel 3.5 'Buitenland'.

Aanvullend op de basisverzekering

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

Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief. Hieronder wordt wettelijk verstaan:

de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten kunnen wij u dit deel derhalve niet vergoeden.

Meer informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op onze website: www.amersfoortse.nl/zorgverzekering/restitutiepolis.

Medische grondslag

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

Overname incasso zorgverlener

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

Wijziging van de aanvullende verzekering

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

Voorwaarden

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

3. Omvang van de dekking

3.1 Acnebehandeling

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 150 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 350 per kalenderjaar	Maximaal € 500 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Behandeling van ernstige acne in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut.
- Benodigde middelen voor behandeling worden niet vergoed.

3.2 Allergeenvrije hoezen

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	100%	100%

Voorwaarden:

- Vergoeding geldt voor 1 set hoezen.
- U heeft een schriftelijke toelichting van een arts, met de uitslag van een allergietest. Uit de test blijkt dat u last heeft van een allergie voor uitwerpselen van huisstofmijt.
- Allergeenvrije en stofdichte hoezen worden niet eerder vervangen dan tien jaar na de laatste verstrekking.

Toelichting:

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

3.3 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling)

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 100 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag	Maximaal € 250 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag	Maximaal € 500 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag

Voorwaarden:

- Het maximaal verzekerd bedrag is voor alle consulten en behandelingen van alternatief genezers of therapeuten tezamen.
- Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten die aangesloten zijn bij een door ons erkende beroepsvereniging.
 - **Acupunctuur:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), International Free University (IFU), Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI (NBCG YI), Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP), Wetenschappelijke Artsen Vereniging voor Acupunctuur in Nederland (WAVAN), Belangen Associatie Therapeut en Consument (BATC), Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT) of Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG).
 - **Antroposofie:** Behandelaar is een antroposofisch arts die is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen.
Wij vergoeden geen:
 - Behandelingen door een niet-arts.
 - Dieettherapie, euritmie, kunstzinnige therapie, psychische hulpverlening, uitwendige therapie, heilpedagogie, spraaktherapie, meridiaantherapie, kleurentherapie, chirofonetiek en badtherapie.
 - **Chiropractie:** Behandelaar is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA), Dutch Chiropractic Federation (DCF), Stichting Chiropractie Nederland (SCN) of Stichting Nationaal Register van Chiropractoren (SNRC).
 - **Flebologie:** Behandelaar is een zelfstandig gevestigd arts.
Wij vergoeden geen:
 - Behandelingen door een niet-arts.
 - **Haptotherapie/Haptonomie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH).
 - **Kindertherapie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van en voor kindertherapeuten (Vvvk).
 - **Klassieke homeopathie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG), Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH), Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH), Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP), Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT) of Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG). Vergoeding van reguliere consulten en behandelingen.
 - **Musculoskeletale Geneeskunde (voorheen (Ortho)manuele geneeskunde):** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Register Artsen Musculoskeletale Geneeskunde (RAMG), Nederlandse Vereniging van Artsen voor Musculoskeletale Geneeskunde (NVAMG) of Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
 - **Natuurgeneeskunde:** Behandelaar is een BIG-geregistreerde arts. Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen.
Wij vergoeden geen:
 - Massagetherapie.
 - **Orthomoleculaire geneeskunde:** Behandelaar is een orthomoleculair arts of de behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen.
Wij vergoeden geen:
 - Kinesiologie.
 - **Osteopathie:** Behandelaar is ingeschreven bij het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).
 - **Reflexzonetherapie:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT), Bond van Europese Reflexologen afdeling Nederland (BER), Vereniging van Natuurgeneeskundig

- Therapeuten (VNT) of Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG).
- **Shiatsutherapie:** Behandelaar is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), Vereniging voor lokai-Shiatsutherapeuten (VIS), Shiatsu Vereniging Nederland, Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen Yi (NBCG Yi), Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP), Belangen Associatie Therapeut en Consument (BATC), Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT) of Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG).
- Wij vergoeden geen:
 - Laboratoriumkosten die zijn aangevraagd door een alternatief genezer.
 - Alternatieve geneesmiddelen. Voor meer informatie over de vergoeding van alternatieve geneesmiddelen zie artikel 3.12.
 - Telefonische consulten

3.4 Brillen of contactlenzen

Brillen inclusief montuur

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	Maximaal € 150 per 2 kalenderjaren	Maximaal € 200 per 2 kalenderjaren	Maximaal € 300 per 2 kalenderjaren

Voorwaarden:

- Vanaf 1,5 of meer dioptrieën bij één van de ogen, ook bij alleen een montuur.
- U heeft recht op vergoeding tot het maximale bedrag bij levering van één bril of één montuur of één paar brillenglazen per 2 kalenderjaren.
- Wij vergoeden geen:
 - Bril, brillenglazen of montuur als in hetzelfde kalenderjaar al lenzen door ons zijn vergoed.
 - Bril, brillenglazen of montuur als u in de 60 maanden voor de aanschaf van de bril, brillenglazen of montuur een laserbehandeling of lensimplantatie hebt ondergaan, die door ons is vergoed.
- U mag een bril ook in een ander EU, EER en/of verdragsland aanschaffen. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

Toelichting:

- De 2 kalenderjaren gaan in op de leverdatum van de brillenglazen, bril of montuur.

Voorbeeld 1:

De eerste bril is geleverd op 28 juni 2017. De tweede bril is geleverd op 22 maart 2019. Wel vergoeding voor de tweede bril.

Voorbeeld 2:

De eerste bril is geleverd op 12 september 2017. De tweede bril is geleverd op 20 december 2018. Geen vergoeding voor de tweede bril. Vanaf 1 januari 2019 vergoeden wij weer een nieuwe bril.

- Wij berekenen het aantal dioptrieën per oog als volgt:
 - Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,5 dioptrieën)
 - Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,0 dioptrieën)
 - Als door middel van de sferische en cilindrische waarde niet aan de dioptrie-eis wordt voldaan kan bij meerfocusbrillen de additionele waarde worden meegenomen in de berekening. Deze wordt alleen bij de sferische waarde opgeteld. (bv. sferisch +0,5, cilindrisch +0,5 en additie +1,0 = +1,5 dioptrieën)
- Wilt u naar een optiekwinkel met een erkend kwalitatief keurmerk? Zoek dan via <http://www.nuvo-keurmerk.nl> naar een optiekbedrijf met een NUVO-keurmerk.

Lenzen

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	Maximaal € 75 per kalenderjaar	Maximaal € 100 per kalenderjaar	Maximaal € 150 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Vanaf 1,5 of meer dioptrieën per oog.
- Wij vergoeden geen:
 - Lenzen als u in het kalenderjaar voor de leverdatum al een bril, brillenglazen of montuur van ons vergoed hebt gekregen.
 - Lenzen als u in de 60 maanden voor de aanschaf van de lenzen een laserbehandeling of lensimplantatie hebt ondergaan, die door ons is vergoed.
- U mag de lenzen ook in een ander EU, EER en/of verdragsland aanschaffen. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

Toelichting:

- Wij berekenen het aantal dioptrieën per oog als volgt:
 - Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,5 dioptrieën)
 - Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,0 dioptrieën)
 - Als door middel van de sferische en cilindrische waarde niet aan de dioptrie-eis wordt voldaan kan bij meerfocuslenzen de additionele waarde worden meegenomen in de berekening. Deze wordt alleen bij de sferische waarde opgeteld. (bv. sferisch +0,5, cilindrisch +0,5 en additie +1,0 = +1,5 dioptrieën)
- Wilt u naar een optiekwinkel met een erkend kwalitatief keurmerk? Zoek dan via <http://www.nuvo-keurmerk.nl> naar een optiekbedrijf met een NUVO-keurmerk.

Korting bij Eye Wish Opticiens

Toelichting:

- Ga naar www.eyewish.nl/polischeck
- Kies De Amersfoortse
- Kies uw aanvullende verzekering
- Uw specifieke aanbieding wordt getoond

3.5 Buitenland (medische zorg)

Algemeen:

- Wij vergoeden kosten van zorg in het buitenland.
- Wij vergoeden geen:
 - Eigen risico.
- Neem in geval van spoedeisende zorg voor advies en bemiddeling contact op met onze alarmcentrale SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)20 651 51 51 (24 uur per dag bereikbaar).
- Neem in geval van niet-spoedeisende zorg altijd eerst contact met ons op via (033) 464 20 61.
- Voor meer informatie over zorg in het buitenland en onze 'Brochure zorg in het buitenland' zie www.amersfoortse.nl/zorg onder 'Zorg in het buitenland'.

Voorwaarden:

- Wij vergoeden alleen medische zorg als de behandeling ook in Nederland volgens deze verzekering vergoed wordt.
- Uitkering vindt in Nederland plaats in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de declaratie in behandeling neemt. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com.
- U dient de nota aan te leveren in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling door een beëdigd vertaalbureau.

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

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering

Voorwaarden:

- U woont in een EU, EER of verdragsland.
- U wordt behandeld in het land waar u woont, door een zorgverlener die in hetzelfde land is gevestigd.
- De deskundigheid van de zorgverleners is vergelijkbaar met de zorgverleners in Nederland.

Toelichting:

- De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.

Spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- U heeft een ongeval gehad of u bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van uw reis).
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding

Spoedeisende zorg in de rest van de wereld

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal 2x Nederlands tarief	Maximaal 2x Nederlands tarief	100%	100%

Voorwaarden:

- U heeft een ongeval gehad of u bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van uw reis).
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten nemen met SOS International. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding

Zorg in België en Duitsland (woonachtig in Nederland)

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- Alleen als u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgverlener in België of Duitsland woont. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps door middel van de snelst gebruikelijke route.
- De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.

SOS Hulpverlening

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%

Toelichting:

- SOS International biedt 24/7 hulp aan reizigers bij ziekte of een ongeval. Het telefoonnummer is +31 (0)20 651 51 51. U kunt online medische reishulp vragen via www.smartmelden.nl. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 150 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar

Voorwaarden:

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

Terugreis per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Voor vervoer naar een instelling in het woonland	Voor vervoer naar een instelling in het woonland	Voor vervoer naar een instelling in het woonland	Voor vervoer naar een instelling in het woonland

Voorwaarden:

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

Toelichting:

- Vervoer is inclusief noodzakelijke medische begeleiding en één gezinslid.

Vervoer van de overledene, begrafenis of crematie ter plaatse

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 10.000	Maximaal € 10.000	Maximaal € 10.000	Maximaal € 10.000

Voorwaarden:

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

Toelichting:

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

3.6 Camouflage

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 150 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	Maximaal € 250 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	Maximaal € 350 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	Maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent

Voorwaarden:

- Vergoeding voor camouflagelessen en de benodigde middelen tijdens de lessen.
- Bij een ernstige huidafwijking in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De lessen worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.7 Combinatietest

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	-	75%

Voorwaarden:

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

Toelichting:

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

3.8 Diëtetiek

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Maximaal 2 uur per kalenderjaar	Maximaal 4 uur per kalenderjaar

Voorwaarden:

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

3.9 Eczeembehandeling

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Maximaal € 500 per kalenderjaar voor een lichtcabine thuis	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar voor een lichtcabine thuis

Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing van uw behandelend medisch specialist.
- De lichtcabine moet vooraf door u bij ons worden aangevraagd.

3.10 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 150 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 350 per kalenderjaar	Maximaal € 500 per kalenderjaar

Voorwaarden reguliere epilatie:

- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Voorwaarden laserbehandeling:

- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een arts, huidtherapeut of schoonheidsspecialist (deze moet in opdracht/onder toezicht van een huidtherapeut werken).

3.11 Ergotherapie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	100%	100%

Voorwaarden:

- Vergoeding vanaf het 11e behandeluur voor advies, instructie, training of behandeling door een erkend ergotherapeut in zijn praktijk of bij u thuis.
- Het doel is uw zelfzorg en zelfredzaamheid te vergroten.
- De eerste 10 behandeluren worden vergoed op uw basisverzekering.
- De behandelingen mogen ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

3.12 Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen)

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 50 per kalenderjaar voor alle verstrekkingen alternatieve geneesmiddelen, overige geregistreerde geneesmiddelen en anticonceptie tezamen	Maximaal € 150 per kalenderjaar voor alternatieve geneesmiddelen, overige geregistreerde geneesmiddelen en anticonceptie tezamen	Maximaal € 250 per kalenderjaar voor alle verstrekkingen tezamen	Maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle verstrekkingen tezamen

Voorwaarden:

- Vergoeding voor:
 - Wettelijke eigen bijdragen op geregistreerde geneesmiddelen
 - Vergoeding geldt alleen voor Aanvulling Uitgebreid en Aanvulling Optimaal.
 - Wij vergoeden alleen de wettelijke eigen bijdrage voor geregistreerde geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt conform het Reglement Farmaceutische zorg en die worden vergoed op uw basisverzekering.
 - Alternatieve geneesmiddelen en overige geregistreerde geneesmiddelen

Wij vergoeden alleen alternatieve geneesmiddelen met een registratie 'homeopathisch' of 'antroposofisch' in G-Standaard van Z-Index.

Wij vergoeden alleen geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed op uw basisverzekering.

Op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, sportarts, jeugdarts, tandarts, medisch specialist, voorschrijvend verpleegkundige, verloskundige of alternatief genezer.

Geleverd door een apotheekhoudende.
 - Anticonceptie

Anticonceptie vanaf 21 jaar

Alle geneesmiddelen en hulpmiddelen die geregistreerd staan als anticonceptie in de Z-index (zie Reglement Farmaceutische zorg en/of Reglement Hulpmiddelen)

Plaatsing van een anticonceptiespiraaltje in het ziekenhuis valt onder uw basisverzekering, hierop kan eigen risico van toepassing zijn.
- Wij vergoeden geen:
 - Niet-geneesmiddelen
 - Voeding en voedingssupplementen
 - Vitaminen
 - Experimentele geneesmiddelen

Toelichting:

- Zie voor de vergoeding van geneesmiddelen www.medicijnkosten.nl. Voor informatie over niet geregistreerde geneesmiddelen kunt u contact opnemen met de afdeling Zorg Declaraties op (033) 464 20 61.

3.13 Geboorte TENS of MammaTENS

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- Vergoeding voor de aanschaf van een TENSapparaat bij GeboorteTENS of een MammaTENS bij Schwa-Medico.
- Er is geen sprake van een geplande (poli)klinische bevalling in ziekenhuis of geboortecentrum.

Toelichting:

- Zie voor meer informatie www.geboortetens.nl of www.mammatens.nl.

3.14 Herstellingsoord en hospice*Herstellingsoord*

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	75% maximaal € 1.000 per kalenderjaar	75% maximaal € 1.500 per kalenderjaar

Voorwaarden:

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

Hospice

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	75% maximaal € 1.000 per kalenderjaar	75% maximaal € 1.500 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Het hospice moet in Nederland zijn gevestigd.
- De vergoeding geldt voor de kosten van het verblijf in een herstellingsoord of een hospice tezamen.

3.15 Hulpmiddelen

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

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 50 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 400 per kalenderjaar	Maximaal € 550 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Het maximum verzekerde bedrag is voor alle verstrekkingen tezamen.
- U krijgt alleen een vergoeding voor de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen waarvoor een vergoeding geldt in ons Reglement Hulpmiddelen 2019.
- Voor hoortoestellen vergoeden wij alleen de wettelijke eigen bijdrage uit de categorie waarvoor u in aanmerking komt volgens het Keuzeprotocol Hoorzorg.
- Het Keuzeprotocol Hoorzorg kunt u bij ons opvragen.

Toelichting:

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

Kosten boven maximale vergoeding voor haarprothesen en verbandschoenen.

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Tot 18 jaar 100% Vanaf 18 jaar maximaal € 250 per kalenderjaar	Tot 18 jaar 100% Vanaf 18 jaar maximaal € 500 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Het maximum verzekerde bedrag is voor alle verstrekkingen tezamen.
- U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten boven de maximale vergoeding op de basisverzekering van hulpmiddelen die staan in ons Reglement Hulpmiddelen 2019.

Toelichting:

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

Kosten van een andere vorm van hoofdbedekking

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Maximaal € 100 per kalenderjaar (Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij 'Kosten boven maximale vergoeding voor haarprothesen en verbandschoenen.')	Maximaal €100 per kalenderjaar (Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij 'Kosten boven maximale vergoeding voor haarprothesen en verbandschoenen.')

Voorwaarden:

- Vergoeding van de aanschaf van een andere vorm van hoofdbedekking, zoals een bandana, mutssja of hoed.
- U krijgt alleen vergoeding indien sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid die het gevolg is van een medische aandoening of een behandeling van medische aard.
- De hoofdbedekking dient aangeschaft te worden bij een door ons gecontracteerde leverancier die ook pruiken levert.

3.16 Kraampakket

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	Ja	Ja	Ja

Voorwaarden:

- U krijgt van ons een kraampakket voor de bevalling als u tussen de 5e en 7e maand van uw zwangerschap bij ons verzekerd bent.
- U kunt het kraampakket via <https://www.kraampakket.nl/amersfoortse-gratis-kraampakket/> aanvragen of via (033) 464 20 61.

3.17 Kuurreizen

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Maximaal € 500 per kalenderjaar	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Voorwaarden:

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

Toelichting:

- Meer informatie vindt u op www.stichtingkuurreizen.nl en www.fontana-travel.nl.

3.18 Lactatiekunde

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Maximaal € 80 per bevalling	Maximaal € 80 per bevalling

Voorwaarden:

- Vergoeding voor hulp bij borstvoeding door een lactatiekundige.

3.19 Laserbehandeling of lensimplantatie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	-	Maximaal € 375 per oog

Voorwaarden:

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

Toelichting:

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

3.20 MammaPrint

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:

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

Toelichting:

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

3.21 Oncotype DX

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- De Oncotype DX wordt uitgevoerd door een medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis.
- De aanvraag wordt gedaan door uw behandelend medisch specialist.
- Wij vergoeden geen:
 - Oncotype DX als de behandelend medisch specialist de Oncotype DX niet medisch noodzakelijk vindt.

Toelichting:

- Oncotype DX is een diagnostische test voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- Zie voor meer informatie www.oncotypedx.com.

3.22 Orthodontie (machtiging nodig vanaf 18 jaar)

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	<p>Tot 18 jaar 80% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent.</p> <p>In het eerste jaar geldt er een vergoeding tot maximaal € 500.</p>	<p>Tot 18 jaar 80% maximaal € 2.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent.</p> <p>Vanaf 18 jaar 80% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent.</p> <p>In het eerste jaar geldt er een vergoeding tot maximaal € 500.</p>	<p>Tot 18 jaar maximaal € 2.500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent.</p> <p>Vanaf 18 jaar maximaal € 1.500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent.</p> <p>In het eerste jaar geldt er een vergoeding tot maximaal € 500.</p>

Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- In het eerste jaar geldt er een vergoeding tot maximaal € 500. Vanaf het tweede jaar kunt u de rest van het verzekerd bedrag aanspreken.
- Vergoeding die al door ons is verleend op een andere aanvullende zorgverzekering wordt op het maximum in mindering gebracht.
- Behandelingen door middel van beugelcategorie 0 en 7 worden niet vergoed.
- Als u 18 jaar wordt gedurende de behandeling wordt de vergoeding die is verleend voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd op de vergoeding daarna in mindering gebracht.
- Als u 18 jaar of ouder bent als u met orthodontie begint, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. Wij vergoeden geen esthetische behandelingen. Wij vergoeden alleen orthodontie als sprake is van een functionele afwijking en functionele klachten. Hiervoor kunt u uw tandarts of orthodontist een aanvraagformulier in laten vullen.
- Orthodontie mag ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

3.23 Orthoptie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthoptist.

3.24 Overgangsconsulent

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	Maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent

Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een overgangsconsulent die aangesloten is bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOG) of Care for Women.

Toelichting:

- Een overgangsconsulent is een verpleegkundige die gespecialiseerd is in alles wat te maken heeft met de overgang. Zie voor meer informatie www.careforwomen.nl.

3.25 Pedicure

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
maximaal € 100 per kalenderjaar	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- U heeft diabetes of reuma.
- U wordt behandeld door een pedicure.
- Wij vergoeden geen:
 - Verwijdering van eelt om cosmetische- of verzorgende redenen.
 - Algemene nagelverzorging, zoals het recht afknippen van nagels, om ingroeien te voorkomen

Toelichting:

- Pedicure zorg in verband met diabetes is ingedeeld in zorgprofielen. Vergoeding is voor zorgprofiel 0 en 1. Voor behandeling in verband met diabetes moet uw zorgprofiel op de nota vermeld staan. Vanaf zorgprofiel 2 moet de voetzorg gedeclareerd worden door een podotherapeut. Deze behandeling vergoeden wij vanuit de basisverzekering. Daarnaast worden extra noodzakelijke behandelingen pedicure vanuit de aanvullende verzekering vergoed.

3.26 Plakstrips voor mammaprothese

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	100%	100%	100%

Voorwaarden:

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

3.27 Plastische chirurgie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Flapoorcorrectie en behandelingen van plastisch chirurgische aard	Flapoorcorrectie en behandelingen van plastisch chirurgische aard

Voorwaarden:

- Vergoeding voor flapoorcorrectie en behandelingen van plastisch chirurgische aard als u een aantoonbare lichamelijke functiestoornis heeft of als er sprake is van verminking.
- De behandeling wordt niet op uw basisverzekering vergoed.
- U heeft vooraf onze toestemming nodig.
- Voor de beoordeling hebben wij nodig:
 - Een schriftelijke aanvraag van de uw behandelend specialist, inclusief foto's.
 - Uw schriftelijke verklaring van de klachten.
- U wordt behandeld door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.
- We vergoeden geen:
 - Behandelingen waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

3.28 Plaswekker of trilhhorloge

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	De aanschaf van een plaswekker of trilhhorloge of maximaal 3 maanden huur van een plaswekker	De aanschaf van een plaswekker of trilhhorloge of maximaal 3 maanden huur van een plaswekker	De aanschaf van een plaswekker of trilhhorloge of maximaal 3 maanden huur van een plaswekker

Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing gekregen van de behandelend arts.

3.29 Podotherapie/Podologie/Podoposturale therapie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 100 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 500 per kalenderjaar	100%

Voorwaarden:

- U wordt behandeld door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut.
- Wij vergoeden alleen behandelingen en consulten.
- Wij vergoeden geen:
 - Verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen en het knippen van teennagels.
 - Siliconenorthese, nagelbeugel en laterale wig.

3.30 Refertilisatie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	100%	100%

Voorwaarden:

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

Toelichting:

- Refertilisatie krijgt u uitsluitend vergoed, als u op het moment van uw eerste bezoek hiervoor bij een medisch specialist, al op deze aanvullende verzekering verzekerd was.

3.31 Reiskosten ziekenbezoek aan meeverzekerden

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
	€ 0,30 per kilometer vanaf de 15e opnamedag, tot maximaal € 500 per kalenderjaar	€ 0,30 per kilometer vanaf de 15e opnamedag, tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar	€ 0,30 per kilometer vanaf de 5e opnamedag, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- De dekking geldt voor het gezinslid dat is opgenomen.
- Het gezinslid is opgenomen in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek.
- Wij vergoeden per gezin per dag 1x de heenreis en 1x de terugreis over de snelst gebruikelijke route. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van de Google Maps.
- Vergoeding op Aanvulling Extra of Aanvulling Uitgebreid gaat in vanaf de 15e opnamedag bij een aaneengesloten opname van langer dan 2 weken.
- Vergoeding op Aanvulling Optimaal gaat in vanaf de 5e opnamedag bij een aaneengesloten opname van langer dan 4 dagen.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis of revalidatiekliniek over het aantal ligdagen.
- Wij vergoeden geen:
 - Reiskosten bij een opname in verband met geestelijke gezondheidszorg.

3.32 Sterilisatie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	100%	100%

Voorwaarden:

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

Toelichting:

- Een sterilisatie krijgt u uitsluitend vergoed, als u op het moment van uw eerste bezoek hiervoor bij een medisch specialist, al op deze aanvullende verzekering verzekerd was.

3.33 Steunzolen of therapeutische zolen

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 50 per kalenderjaar	1 paar per kalenderjaar	1 paar per kalenderjaar	1 paar per kalenderjaar

Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing gekregen van de behandelend arts, podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut.
- U krijgt de steunzolen of therapeutische zolen geleverd door een orthopedisch schoenmaker, podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut.
- Wij vergoeden geen:
 - Levering via internet.

3.34 Stottertherapie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Maximaal € 500 per kalenderjaar	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Voorwaarden:

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

3.35 Tandarts voor verzekerden tot 18 jaar

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Voor behandelingen en eigen bijdragen die niet op de basisverzekering worden vergoed	Voor behandelingen en eigen bijdragen die niet op de basisverzekering worden vergoed	Voor behandelingen en eigen bijdragen die niet op de basisverzekering worden vergoed	Voor behandelingen en eigen bijdragen die niet op de basisverzekering worden vergoed

Voorwaarden:

- U wordt behandeld door een tandarts of mondhygiënist.
- Wij vergoeden geen:
 - Mondbeschermer M61 tenzij wij hiervoor toestemming geven middels een machtiging.
 - Orthodontie. Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie Artikel 3.22.

Toelichting:

- Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op www.amersfoortse.nl/zorgverzekering/voorwaarden-en-vergoedingen.

3.36 Therapeutische kampen

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 250 eenmaal per 12 maanden	Eenmaal per 12 maanden	Eenmaal per 12 maanden	Eenmaal per 12 maanden

Voorwaarden:

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

3.37 Verloskundige zorg en kraamzorg***Bevalling poliklinisch (eigen bijdrage en boven maximale vergoeding)***

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	75%	100%	100%

Toelichting:

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

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

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	Voor de eigen bijdrage tot maximaal € 12 per opnamedag	Voor de eigen bijdrage tot maximaal € 17,50 per opnamedag	Voor de eigen bijdrage tot maximaal € 17,50 per opnamedag

Toelichting:

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

Kraamzorg thuis (eigen bijdrage voor vrouwelijke verzekerde)

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	75%	100%	100%

Toelichting:

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

Uitgestelde kraamzorg, couveuse nazorg en kraamzorg bij adoptie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	Maximaal 4 uur per bevalling	Maximaal 8 uur per bevalling	Maximaal 8 uur per bevalling

Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing van een medisch specialist of verloskundige.
- De kraamzorg wordt gegeven door een gediplomeerd kraamverzorgende verbonden aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel.
- Kraamzorg bij adoptie geldt alleen bij een kind jonger dan 6 maanden.

3.38 Wondverzorging

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Maximaal € 50 per kalenderjaar	Maximaal € 100 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Vergoeding voor zelfzorgmiddelen voor wondverzorging.
- De middelen moeten worden geleverd door een apotheekhoudende.

3.39 Ziekenvervoer binnen Nederland

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	100% voor vervoer met een taxi van Transvision 100% voor eigen bijdrage zittend ziekenvervoer € 0,30 per kilometer voor vervoer met eigen auto € 0,30 per kilometer voor vervoer door een niet gecontracteerde taxivervoerder	100% voor vervoer met een taxi van Transvision 100% voor eigen bijdrage zittend ziekenvervoer € 0,30 per kilometer voor vervoer met eigen auto € 0,30 per kilometer voor vervoer door een niet gecontracteerde taxivervoerder

Voorwaarden:

- Wij vergoeden alleen de kosten van taxi en/of eigen vervoer als u om een medische (lichamelijke) reden niet met het openbaar vervoer kunt reizen. Openbaar vervoer betalen wij niet.
- U heeft een verklaring van uzelf en/of behandelend medisch specialist, waaruit de medische reden blijkt waarom u niet met het openbaar vervoer kunt reizen. De medische reden moet duidelijk omschreven zijn.
- U heeft vooraf onze toestemming nodig. Stuur de verklaring altijd voor dat u het vervoer nodig hebt in.
- De behandeling moet op uw basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Vergoedingen uit de aanvullende verzekering zijn fysiotherapie en oefentherapie, ergotherapie, begeleiding en nazorg bij kanker of herstellingssoord.
- Wij vergoeden ziekenvervoer op basis van de snelst gebruikelijke heen- en terugreis tussen uw woonhuis en de zorginstelling. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps.

Toelichting:

- Transvision is een vervoersregisseur die een taxi voor u verzorgt van en naar de zorginstelling. Als u wilt weten of u aanspraak kunt maken op taxivervoer van Transvision, bel: 0900 – 33 33 33 0 (€ 0,15 per minuut).
- Met de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer bedoelen we de eigen bijdrage voor eigen vervoer, openbaar vervoer en/of taxi-/rolstoelvervoer vanuit de basisverzekering.

4. Omvang van de dekking Preventie

4.1 Bewegingprogramma's

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	Maximaal € 100 per kalenderjaar	Maximaal € 200 per kalenderjaar	Maximaal € 350 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- U doet mee aan een bewegingprogramma en heeft daarvoor een verwijzing gekregen van een bedrijfsarts of medisch specialist.
- U heeft revalidatie na voormalig hartfalen, Diabetes type 2, COPD in de stadia Gold 1 of 2, osteoporose of een BMI van >30. Voor kinderen geldt de internationale BMI-standaard voor ernstig overgewicht.
- Het programma dient te worden gegeven door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut, die in hun praktijk structureel

beweegprogramma's aanbieden. Het programma dat aangeboden wordt is gecertificeerd door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en dient te worden afgestemd op bovenstaande doelgroepen.

Toelichting:

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

4.2 Cursus babymassage

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 50 per kalenderjaar	Maximaal € 100 per kalenderjaar	Maximaal € 150 per kalenderjaar	Maximaal € 200 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Wij ontvangen graag van u een bewijs van deelname. Dit kan bijvoorbeeld een bewijs van aanmelding/deelname of een bewijs van betaling zijn.
- Voor een training die in het ene kalenderjaar begint en doorloopt in het volgende kalenderjaar wordt eenmaal vergoeding verleend.

4.3 Lidmaatschap patiëntenvereniging

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	-	100%

Voorwaarden:

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

4.4 Preventieve cursussen

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	Maximaal € 500 per kalenderjaar	100%	100%

Voorwaarden:

- Vergoeding voor gezondheids cursussen waarmee wij een reeks van lessen gegeven door een gediplomeerd zorgverlener bedoelen. Deze lessen moeten u helpen uw gezondheid of van uw meeverzekerden te verbeteren of u beter leren omgaan met uw ziekte. Hieronder vallen de cursussen:
 - Algemene cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging
 - Eerste hulp bij kinderongevallen
 - EHBO
 - Hartproblemen
 - Reanimatie
 - Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew
 - Zelfmanagement lymfoedeem
 - Zwangerschapscursus, zwangerschapsgym of zwangerschapsyoga
- 'Hartproblemen' is alleen bedoeld voor mensen met hartproblemen. Deze cursus moet zijn georganiseerd door een thuiszorgorganisatie.
- 'Reanimatie' is een basiscursus en moet worden gegeven volgens de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad.
- 'Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew' is alleen bedoeld voor mensen die reumatoïde artritis, artrose

of de ziekte van Bechterew hebben. Deze cursus moet worden georganiseerd door de Reumapatiëntenbond of een thuiszorgorganisatie.

- Zelfmanagement lymfoedeem moet worden georganiseerd door een docent die de opleiding tot docent zelfmanagement lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd.
- De aanbieder van de zwangerschapscursus (w.o. zwangerschapsgym en zwangerschapsyoga) moet zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel voor het beroeps-/bedrijfsmatig aanbieden en geven van deze cursussen. Ze mogen ook gegeven worden door een zorgverlener die statuten heeft en gebruik maakt van een internetsite waaruit blijkt dat de cursussen zich richten op aanstaande ouders als voorbereiding op de bevalling.

4.5 Preventieve geneeskunde

Preventieve onderzoeken naar hart- en bloedvaten en cholesterol

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- De preventieve onderzoeken worden uitgevoerd door de huisarts of Meditel.
- Als laboratoriumonderzoeken nodig zijn, dan vallen de kosten hiervan onder uw basisverzekering, hierop kan eigen risico van toepassing zijn.

Toelichting:

- Meer informatie vindt u op www.meditel.nl.

Preventieve vaccinaties voor hepatitis-B en meningokokken

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- Vaccinaties worden uitgevoerd door de huisarts of Meditel.

Toelichting:

- Meer informatie vindt u op www.meditel.nl.

Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor tijdelijk verblijf in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	100%	100%

Voorwaarden:

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

Toelichting:

- De vaccinaties kunnen worden gegeven door de huisarts, de GGD en Meditel. Reizigersvaccinaties kunnen ook gegeven worden door PreMeo Thuisvaccinatie.
- De preventieve geneesmiddelen worden via de apotheek geleverd.
- Meer informatie vindt u op:
 - www.LCR.nl

- www.ggdreisvaccinaties.nl
- www.meditelopreis.nl
- www.thuisvaccinatie.nl

4.6 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Voor blessure-consulten en eenmaal per 24 maanden voor sportmedisch onderzoek	Voor blessure-consulten en eenmaal per 12 maanden voor sportmedisch onderzoek

Voorwaarden:

- Het sportmedisch onderzoek wordt uitgevoerd door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), Sport Medisch Centrum (SMC) of Sport Medisch Instituut (SMI).
- Zowel SMA, SMC als SMI moeten voldoen aan de onafhankelijke kwaliteitscriteria die zijn vastgesteld door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).
- De 24 maanden gaan in op de datum van de keuring of het onderzoek.
- Blessure- en herhalingsconsulten, uitgevoerd door een sportarts, kunnen vergoed worden onder de basisverzekering. In dat geval is hierop het eigen risico van toepassing.
- De (beroeps)keuring voor een duiker, piloot, zweefvlieger en ballonvaarder worden niet vergoed.

Toelichting:

- Sportkeuringen vallen ook onder sportmedisch onderzoek.

5. Omvang van de dekking Tandarts

5.1 Tandheelkundige behandelingen

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

Reguliere behandelingen

Wat krijgt u vergoed?			
Tandarts Start	Tandarts Extra	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Optimaal
100% maximaal € 250 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.	100% maximaal € 500 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.	100% maximaal € 750 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.	100% maximaal € 1.500 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.

Voorwaarden:

- Vergoeding voor:
 - Consultatie en diagnostiek: C codes
 - Chirurgische ingrepen: H codes
 - Maken en beoordelen foto's: X codes
 - Preventieve mondzorg: M codes
 - Verdoving: A codes (m.u.v. A20 algehele narcose)
 - Vullingen: V codes
- U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of mondhygiënist.
- Als u voor een behandeling naar de kaakchirurg gaat en deze behandeling valt onder de basisverzekering, is het eigen risico van toepassing.
- Wij vergoeden geen:
 - Mondbeschermer M61 tenzij wij hiervoor toestemming geven middels een machtiging.
 - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden. Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 3.22.
 - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
 - Behandelingen die verband houden met een abonnement bij de tandarts.

Toelichting:

- Een lijst met verrichtingencodes en tarieven vindt u op www.amersfoortse.nl/zorgverzekering/voorwaarden-en-vergoedingen.

Specialistische behandelingen

Wat krijgt u vergoed?			
Tandarts Start	Tandarts Extra	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Optimaal
75% maximaal € 250 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.	75% maximaal € 500 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.	75% maximaal € 750 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.	75% maximaal € 1.500 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.

Voorwaarden:

- Vergoeding voor:
 - Verdoving door middel van een roesje: B codes
 - Algehele narcose (A20)
 - Wortelkanaalbehandelingen: E codes
 - Kronen en bruggen: R codes
 - Kaakgewrichtsbehandelingen: G codes
 - Kunstgebitten (partiële protheses) : P codes
 - Tandvleesbehandelingen (paradontologie): T codes
 - Implantaten (bij partiële protheses): J codes
- U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist.
- Als u voor een behandeling naar de kaakchirurg gaat en deze behandeling valt onder de basisverzekering, is het eigen risico van toepassing.
- Wij vergoeden geen:
 - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden. Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 3.22.
 - Bleken (codes E97 en E98) als er geen sprake is van een medische indicatie.
 - Facings (codes R72, R78 en R79) als er geen sprake is van een medische indicatie.
 - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
 - Behandelingen die verband houden met een abonnement bij de tandarts.
 - Implantaten als er sprake is van plaatsing in een zeer ernstig geslonken tandloze kaak. Deze kosten vallen onder de basisverzekering. Hierop kan eigen risico van toepassing zijn.

Toelichting:

- Een lijst met verrichtingencodes en tarieven vindt u op www.amersfoortse.nl/zorgverzekering/voorwaarden-en-vergoedingen.

Spoeisende tandheelkundige hulp in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?			
Tandarts Start	Tandarts Extra	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Optimaal
100 % maximaal € 250 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.	100 % maximaal € 500 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.	100 % maximaal € 750 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.	100 % maximaal € 1.500 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen', 'Specialistische behandelingen' en 'Spoeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen.

Voorwaarden:

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

6. Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

- Na-u-clausule: de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan;
- Samenloop: zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
 - een wettelijk geregelde verzekering;
 - regeling van overheidswege;
 - enigerlei subsidieregeling;
 - of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

- Wlz: verstrekkingen krachtens de Wlz waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de Wlz zouden komen;
- Eigen bijdrage Wlz: eigen bijdragen krachtens de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;
- Niet nagekomen afspraak: declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- Preventieve geneeskunde: de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 4.5 en 4.6.
- Preventieve onderzoeken: behandelingen en onderzoeken die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken;
- Celtherapie: de kosten van celtherapie;
- Fitness: de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;
- Dekking: de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling of verstrekking bepalend is;
- Molest: kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking) zie clausule terrorismedekking;
- Atoomkernreacties: kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

7. Algemeen

Bedenktijd

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

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

Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

Grondslag van de verzekering

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

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

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

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

nimmer zou hebben gesloten, heeft de zorgverzekeraar tevens het recht de verzekering op te zeggen.

Begin en einde van de vergoeding

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

Privacyreglement

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

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

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS. Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

Machtiging

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

Kennisgeving

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

Aanvullende verzekering kinderen

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

Gezondheidsvragen

Wij stellen gezondheidsvragen om onze aanvullende verzekeringen betaalbaar te houden voor iedereen. Wij vinden het belangrijk dat onze klanten de zorg kunnen gebruiken die nodig is. Om dit mogelijk te houden zijn wij genoodzaakt om te besparen op kosten die te voorzien zijn. Om deze reden stellen wij u een aantal gezondheidsvragen voor de Aanvulling Optimaal. Dit betekent bijvoorbeeld dat klanten die meer dan 21 behandelingen fysiotherapie verwachten nodig te hebben, niet hoger dan de Aanvulling Uitgebreid kunnen afsluiten. Er worden ook gezondheidsvragen gesteld voor de Tandarts Extra, Tandarts Uitgebreid en Tandarts Optimaal.

Als u een aanvullende verzekering of een tandartsverzekering afsluit zonder basisverzekering dan stellen wij u ook een aantal gezondheidsvragen.

Materiële controle en gepast gebruik

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

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

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

DBC-Zorgproduct

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

8. Premie

Premie verschuldigd

Krachtens deze aanvullende zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

Leeftijdsafhankelijke premie

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

Leeftijdsbepaling

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

Premierestitutie

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

9. Premiebetaling en betalingsachterstand

Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie te (her) berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding. Hebt u ons gemachtigd om de premie automatisch af te schrijven van het door u opgegeven rekeningnummer? Dan schrijven wij het door u te betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van uw rekening. Als de polis is opgemaakt met een ingangsdatum in het verleden, dan wordt de openstaande premie in één keer geïncasseerd. Dit gebeurt binnen 30 dagen. De hoogte van de premie vindt u op het polisblad dat u van ons ontvangt.

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

Indien verzekeringnemer of verzekerde een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van De Amersfoortse, bepaalt De Amersfoortse op welk openstaand bedrag de betaling wordt afgeboekt.

Betalingsachterstand

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, zal de verzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning. Indien geen betaling plaatsvindt binnen deze periode, zal de verzekeraar een tweede aanmaning versturen onder de mededeling dat bij niet tijdige betaling de aanvullende verzekering wordt beëindigd. Alleen de basisverzekering blijft dan van kracht.

Het is de maatschappij toegestaan om het achterstallige bedrag te verrekenen met aan verzekerde te betalen vergoedingen.

Het is mogelijk om een nieuwe aanvullende verzekering aan te vragen, als de totale premieachterstand en de wettelijke incassokosten en rente aan de gerechtsdeurwaarder betaald zijn. De ingangsdatum wordt 1 januari van het volgende jaar.

Stichting e-Court

Staat er een bedrag open aan premie of andere kosten? Dan kan er een procedure gestart worden bij de geschillencommissie Stichting e-Court. Wanneer wij deze procedure starten dan heeft u vanaf het ontvangen van een door de deurwaarder uitgereikt stuk een maand de tijd om bezwaar te maken tegen de procedure bij Stichting e-Court. Dan zal de procedure door de kantonrechter worden afgehandeld tenzij u het geschil voorlegt aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De wettelijke regels en het toepasselijke procesreglement, die op www.e-court.nl staan, zijn op de procedure bij Stichting e-Court van toepassing.

Onderbreking van de dekking bij detentie

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

10. Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

Schademeldingsplicht

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

Schade-informatieplicht

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

Medewerkingsplicht

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

Originele nota's

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

Belangen van de zorgverzekeraar

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

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

11. Declaraties en onderbreking van de dekking

Rechtstreeks betaalde declaraties

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

Verschuldigde bedragen

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

Vordering in het algemeen

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

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

Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De

dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Indien er tevens betalingsachterstand bestaat volgens artikel 9 (Betalingsachterstand) heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de aanvullende verzekering voorrang op de schorsing zoals hierboven beschreven. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

12. Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

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

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

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

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

13. Fraude

Verplichting tot medewerking

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de aanvraag van uw verzekering, uw gegevens in onze administratie en uw declaraties. Dit doen wij op grond van de Zorgverzekeringswet en het Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen. De Regeling zorgverzekering verplicht zorgverkeeraars materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in deze regeling gestelde eisen. U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen. Verleent u geen medewerking, dan zijn wij ook niet in staat om uw verhaal te horen en zijn wij genoodzaakt eenzijdige conclusies te trekken.

Persoonsgegevens

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door team Veiligheidszaken Zorg.

Zorgverkeeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

De Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Marktordening Gezondheidszorg geven Zorgverkeeraars onderling de bevoegdheid om informatie te delen als het gaat om controle en fraudebeheersing. Daarnaast wisselt zij ook signalen uit met ketenpartners om fraude te bestrijden, zoals de NZa, iSZW en de FIOD, met inachtneming van artikel 8 Wet Bescherming Persoonsgegevens. Deze informatiedeling kan rechtstreeks plaatsvinden of via Zorgverkeeraars Nederland. De Wet Bescherming Persoonsgegevens geeft aan op welke wijze persoonsgegevens mogen worden verwerkt.

Vervallen recht op vergoeding

Gedurende het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt uw recht op vergoeding van de kosten voor zorg. Dit betekent dat wij de betreffende declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoekskosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen

Als u en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:

- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- uw (zorg)verzekering per direct te beëindigen;
- uw persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- uw persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of andere een opsporingsinstantie;
- gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de basisverzekering jegens u;
- gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r.

14. Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Kennisgeving

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

Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

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

15. Herziening van premie of voorwaarden

Jaarlijkse wijziging

Wij hebben het recht uw premie en of voorwaarden jaarlijks, per 1 januari, aan te passen.

Tussentijdse wijziging

Het is in ieders belang dat wij onze financiële verplichtingen in de toekomst ook kunnen (blijven) nakomen. Daarom mogen wij ook in bijzondere gevallen tussentijds uw premie en/of voorwaarden veranderen, als die verandering niet kan wachten tot de jaarlijkse verlengingsdatum. Bijvoorbeeld omdat wetgeving ons daartoe verplicht. Onder bijzondere gevallen verstaan wij ook: de dreiging of het bestaan van oorzaken, die een daling van de solvabiliteit tot onder het wettelijk voorgeschreven minimum tot gevolg kunnen hebben wanneer we geen verandering doorvoeren. Negatieve ontwikkelingen op de rente- en beleggingsmarkt of een voor ons tegenvallend bedrijfsresultaat zijn geen bijzondere gevallen.

U ontvangt hierover een brief

Een wijziging in de premie en/of voorwaarden treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvangt u van ons een brief met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure

16. Duur van de verzekering

Begin van de verzekering

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

Looptijd

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

Einde van de verzekering

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

- Indien verzekeringnemer en/of verzekerde de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 9 (Premiebetaling) niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 9 (Betalingsachterstand), te beëindigen;
- Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 13, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/of verzekerde daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op, wij moeten de opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen;
- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice.
- u heeft een bericht ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Uw opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

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

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

Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 15 (Herziening) akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering dan binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 15 (Herziening) van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

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

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

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

De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

- De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;
- De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor

elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.

- Indien de zorgverzekeraar één maand van tevoren aangeeft te stoppen met het voeren van een aanvullend product.

17. Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Bent u het niet eens met een beslissing van De Amersfoortse? Dan kunt u ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door een e-mail te sturen naar zorg.medisch@amersfoortse.nl. Ook kunt u een brief sturen aan De Amersfoortse, t.a.v. de afdeling Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht of met ons bellen op (033) 464 20 61.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en bent u het daar niet mee eens? Dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. U kunt met uw verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klachten

Hebt u een klacht, neemt u dan eerst contact op met uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt, zo nodig in overleg met De Amersfoortse, naar een passende oplossing.

Als het overleg met uw verzekeringsadviseur geen oplossing biedt, kunt u een klacht bij ons indienen. Dit kan via het klachtenformulier op onze website www.amersfoortse.nl/zorg of door een brief te sturen aan De Amersfoortse Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. U kunt ons ook bellen op (033) 464 20 61.

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

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

18. Bepalingen in verband met collectiviteit

De bepalingen Uitdiensttreding, Nieuwe collectieve verzekering en Afbreuk collectief karakter gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.

Uitdiensttreding

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

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

Nieuwe collectieve verzekering

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

Afbreuk collectief karakter

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

De bepalingen Beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering en Nieuwe collectieve verzekering na beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een AOV ondernemerscollectief.

Beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV)

U heeft alleen recht op collectiviteitskorting indien u een lopende basisverzekering en AOV bij De Amersfoortse/a.s.r. heeft en u in een AOV ondernemerscollectief (een collectieve zorgverzekering voor zelfstandig ondernemers welke een AOV individueel en een zorgverzekering afgesloten hebben bij De Amersfoortse/a.s.r.) verzekerd bent. Het recht op deze collectiviteitskorting vervalt direct wanneer er geen AOV-individueel meer bij onze maatschappij loopt of u niet langer verzekerd bent via een AOV ondernemerscollectief.

Nieuwe collectieve verzekering na beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV)

U heeft als zelfstandig ondernemer het recht de verzekering tussentijds op te zeggen als u in een AOV ondernemerscollectief (een collectieve zorgverzekering voor zelfstandig ondernemers welke een AOV individueel en een zorgverzekering afgesloten hebben bij De Amersfoortse/a.s.r.) verzekerd was en in loondienst treedt. U kunt per datum van beëindiging van het AOV ondernemerscollectief overstappen. Voorwaarde is dat de ingangsdatum van de collectieve basisverzekering via uw werkgever ingaat per datum van beëindiging bij ons. Als deze datum afwijkt wordt de verzekering individueel voortgezet.

19. Clausule terrorismedekking

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

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

20. Contactgegevens

www.amersfoortse.nl/zorg2019

Telefoon: (033) 464 20 61

Bezoekadres:

Archimedeslaan 10
3584 BA Utrecht

Postadres:

Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Afdeling Zorg Acceptatie

Email: zorg.polis@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg Declaraties

Email: zorg.declaraties@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg Medisch

Email: zorg.medisch@amersfoortse.nl

SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International

Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam

Telefoon + 31 (0)20 651 51 51

E-mail: info@sosinternational.nl

De Amersfoortse Verzekeringen
Archimedeslaan 10, 3584 BA Utrecht
Postbus 2072 3500 HB Utrecht
T 033 464 20 61

E info@amersfoortse.nl
I www.amersfoortse.nl
Amersfoortse Algemene Verzekeringsmaatschappij N.V., KvK 31016186