

De Ruyterlaan 25
Postbus 75000
7500 KC Enschede

A69.br.845.0212

Individueel

Pakketvoorwaarden

Premie-Keuze-Polis

1 Algemene bepalingen

A Leeftijdsgrens

Het aangaan van een verzekering in deze verzekeringsvorm is voor personen ouder dan 64 jaar niet mogelijk. Ingaande de eerste dag van de maand waarin een verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt, wordt de verzekering gewijzigd in een verzekering voor de Standaard-Pakket-Polis. Alle aanvullende verzekeringen komen dan te vervallen, met uitzondering van de aanvullende klasseverzekering. Voor het aangaan van een verzekering voor ziekenhuisverpleging in klasse 2 geldt een maximumleeftijd van 49 jaar.

B Leeftijdsgroep

De indeling naar leeftijdsgroep vindt maandelijks plaats op grond van de leeftijd van de verzekerde in de betreffende kalendermaand.

C Wijziging van pakket of klasse

Zonder voorwaarden kan de verzekering telkens per 1 januari worden gewijzigd in de navolgende gevallen:

- a) van een hogere naar een lagere verzekerde klasse;
- b) van een lager naar een hoger eigen risico.

Op andere wijzigingen is artikel 7 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen van toepassing. De meldingen c.q. aanvragen dienen voor aanvang van het kalenderjaar te worden ingediend.

D Jaarbetaling

Op de premie wordt een korting van 2% gegeven, wanneer de premie over een vol kalenderjaar vóór 15 januari van dat jaar door de verzekeraar is ontvangen. Deze korting geldt niet voor de wettelijke bijdragen.

E Kinderpremie

De kinderpremie geldt voor kinderen genoemd in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen.

Van het aantal verzekerde kinderen beneden 18 jaar is slechts voor twee kinderen premie verschuldigd. Kinderen waarvoor geen premie verschuldigd is, kunnen bij ziekenhuisopname slechts aanspraak maken op verpleging in de 3^e klasse.

F Wettelijke bijdragen MOOZ* en Omslagregeling WTZ**

De bijdragen die aan verzekerden op grond van de MOOZ en de Omslagregeling WTZ samen met de premie in rekening worden gebracht, worden geacht onderdeel te zijn van die premie.

G Toestemming

Daar waar in het Overzicht vergoedingen sprake is van vereiste toestemming, verleent de verzekeraar, gehoord zijn medisch adviseur, vooraf toestemming voor vergoeding van de kosten op basis van een medische aanvraag door huisarts, specialist of tandarts, met inachtneming van de medische noodzaak.

* MOOZ = Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden

** WTZ = Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen

2 Omvang van de verzekering

De aanspraak op vergoeding van de kosten is hierna in het Overzicht vergoedingen omschreven. Indien van toepassing wordt na vaststelling van de vergoedingen het uit te keren bedrag verminderd met het voor de verzekering geldende eigen risico.

Bijzondere voorwaarden betreffende het eigen risico

- a** Indien het eerste verzekeringsjaar niet gelijk is aan een kalenderjaar, wordt het eigen risico voor het resterende deel van dat jaar verminderd met een twaalfde gedeelte voor iedere voor de ingangsdatum verstreken volle maand van dat kalenderjaar. Het eigen risico bedraagt echter ten minste 25% van het eigen risico, zoals dat over een volledig verzekeringsjaar zou gelden.
- b** Voor de bepaling van de hoogte van het eigen risico is de gezinssituatie bij de aanvang van de verzekering of de gezinssituatie per 1 januari van enig jaar bepalend.
- c** Alle wijzigingen in de loop van een jaar, hebben geen invloed op de hoogte van het reeds vastgestelde eigen risico van 1 januari van dat jaar. Bij tussentijdse beëindiging vindt geen verrekening van het eigen risico plaats.
- d** Bij een ziekenhuisopname zullen voor de berekening van het te dragen eigen risico de kosten worden geacht te behoren tot het kalenderjaar waarin de opname plaatsvond.
- e** Ten behoeve van de vaststelling van een eventueel nog te verrekenen eigen risico, dienen alle originele nota's bij de verzekeraar te worden aangeboden. De verrekening van het eigen risico blijkt uit de door de verzekeraar afgegeven uitkeringsspecificatie. De vergoedingen worden in principe uitbetaald aan de verzekerde, door middel van overschrijving van het bedrag op de bank- of girorekening die door de verzekerde aan de verzekeraar is opgegeven. Verzekerde dient ervoor zorg te dragen dat de nota's naar behoren zijn gespecificeerd, zodat de vergoeding zonder navraag kan worden vastgesteld.

3 **Overzicht vergoedingen**

Met inachtneming van het bepaalde in de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen en het bepaalde ten aanzien van de omvang van de verzekering in deze Pakketvoorwaarden wordt voor de hiernavolgende onderdelen de volgende vergoeding gegeven.

Art. 1 Ziekenhuisopname

Volledige vergoeding van de kosten van verpleging op basis van de verzekerde klasse. De kosten voor de specialistische zorg gedurende de opname en verdere bijkomende kosten worden eveneens volledig vergoed. Alle kosten dienen verband te houden met de ziekenhuisopname.

Indien meeverzekerd geeft de 2^e klasseverzekering recht op vergoeding van verpleging in de 2^e klasse van een ziekenhuis, dat beschikt over een 2^e klasse. Beschikt het ziekenhuis over een gesplitste 2^e klasse, dan bestaat op basis van de klasseverzekering tevens recht op verpleging in klasse 2A of 2B.

Indien de verzekerde wordt opgenomen op basis van 3^e klasse, terwijl hij/zij voor een hogere klasse is verzekerd, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 25,- per verpleegdag tot een maximum van 30 verpleegdagen per kalenderjaar.

Art. 2 Dagbehandeling in een ziekenhuis

Volledige vergoeding.

Art. 3 Revalidatie

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar worden de kosten van revalidatie volledig vergoed.

Art. 4 Niet-klinische specialistische behandeling

Volledige vergoeding.

Uitzondering: kosten van behandeling door een psychiater (zie artikel 33: Psychotherapie).

Art. 5 Preventie en vroegdiagnostiek

1 Hart- en bloedvaten

Vergoeding van de kosten van preventief onderzoek van hart- en bloedvaten maximaal eenmaal per 2 jaar.

2 Baarmoederhalskanker

Vergoeding van de kosten van onderzoek naar baarmoederhalskanker.

3 Borstkanker

Vergoeding van de kosten van onderzoek naar borstkanker.

4 Vaccinaties

Vergoeding van het honorarium van de behandelaar en het vaccin bij antigriep-inentingen, inentingen tegen hondsdolheid en rode hond en inentingen van pasgeborenen tegen hepatitis-B, als de moeder draagster is van dat virus.

Vergoeding vindt plaats als bovengenoemde handelingen worden verricht door een huisarts, een specialist, in een ziekenhuis of een erkend diagnostisch centrum.

Art. 6 Second opinion

De kosten voor het eenmalig raadplegen van een andere specialist, wanneer de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld, worden volledig vergoed.

Art. 7 Weefseltypering

Volledige vergoeding van de kosten van weefseltypering door de Stichting Eurotransplant.

Art. 8 SNWLK

Volledige vergoeding van de kosten van de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK) voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Art. 9 Orgaantransplantaties

De kosten van de volgende transplantaties zijn in de verzekering opgenomen: huid-, hoornvlies-, beenmerg-, bot-, nier-, hart-, hartlong-, nierpancreastransplantaties en transplantaties van de lever, die gepaard gaan met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger (orthotope transplantatie). De kosten van verple-

Pakketvoorwaarden

ging en behandeling van de donor worden vergoed tot ten hoogste het tarief waarvoor de donor verzekerd is. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste 3 maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor voor de transplantatie werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende transplantatie.

Art. 10 Dialyse

Volledige vergoeding van de met dialyse verband houdende kosten. De dialyse kan zowel in een ziekenhuis, een erkend dialysecentrum als bij de verzekerde thuis plaatsvinden. Bij thuisdialyse kan ook vergoeding plaatsvinden van bepaalde niet-medische kosten na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

Art. 11 Fertiliteitbevorderende behandelingen

De kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en van kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast kan, na voorafgaande toestemming van de verzekeraar, een tegemoetkoming in de kosten worden gegeven voor een in-vitrofertilisatiebehandeling (IVF) of een ICSI-behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient daarbij sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie. Bij de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Maximaal komen drie IVF- of ICSI-behandelingen per behandelde vrouwelijke verzekerde per bewezen zwangerschap voor vergoeding in aanmerking. Per IVF- of ICSI-behandeling geldt een eigen risico van € 360,-.

Het maximum van drie behandelingen is inclusief de reeds eerder door een andere verzekeraar vergoede behandelingen.

Art. 12 Plastische chirurgie

Na voorafgaande toestemming worden vormverbeterende operaties van het uiterlijk vergoed, indien de aanleiding voortvloeit uit verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel uit bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.

Art. 13 Erfelijkheidsonderzoek

Volledige vergoeding na verwijzing door de behandelend arts.

Art. 14 Audiologische zorg

Volledige vergoeding na verwijzing door de behandelend arts.

Art. 15 Kraampakket

Bij thuisbevalling of (poli)klinische bevalling komt de vrouwelijke verzekerde in aanmerking voor een medisch kraampakket. Het kraampakket bevat diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling en kraamperiode. Na aanmelding voor kraamzorg via de Amicon Servicelijn Kraamzorg (0900 - 202 50 03) krijgt verzekerde circa 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum het kraampakket thuisgestuurd.

Art. 16 Bevalling

- 1 Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak**
Volledige vergoeding van verpleeg- en bijkomende kosten.
- 2 Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, kraaminrichting, polikliniek of thuis**
Verzekeraar vergoedt:
 - a) verpleeg- en bijkomende kosten van het ziekenhuis of de kraaminrichting tot maximaal € 165,- per dag;
 - b) het honorarium van de verloskundige hulpverlener;
 - c) de kosten van gebruik van de polikliniek.

Art. 17 Kraamzorg

- 1** Voor kraamzorg thuis of in het Zotel (Zorghotel bij het Streekziekenhuis Midden-Twente in Hengelo) kan, via de door Amicon gecontracteerde kraam- en thuiszorgorganisaties, aanspraak gemaakt worden op de Amicon Kraamzorgservice. Bij gebruik van deze regeling moet dit uiterlijk de 20^e week van zwangerschap via de Amicon Servicelijn Kraamzorg kenbaar gemaakt worden via het telefoonnummer 0900 - 202 50 03.
- 2** De vergoeding voor dit onderdeel (kraamzorg) geldt voor ten hoogste 64 uur kraamzorg thuis of in het Zotel. Indien moeder en kind in het ziekenhuis verblijven, wordt het aantal uren kraamzorg thuis verminderd met 8 uur voor iedere dag van verblijf in het ziekenhuis. Bij kraamzorg in natura is geen eigen risico van toepassing.
- 3** In plaats van de Amicon Kraamzorgservice kan ook worden gekozen voor een uitkering ineens van € 1.200,-. De verzekerde dient na de bevalling een verzoek tot uitbetaling in bij de verzekeraar. In combinatie met verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting (poliklinisch of klinisch) wordt voor iedere dag van verblijf € 150,- in mindering gebracht op deze uitkering. Indien verzekerde kiest voor voornoemde uitkering ineens, dient dit eveneens te worden aangemeld bij Amicon Kraamzorgservice (zie punt 1 van dit artikel). Bij uitkering ineens is geen eigen risico van toepassing.

Pakketvoorwaarden

- 4 Zolang de moeder met medische noodzaak in het ziekenhuis moet verblijven, worden ook de verpleegkosten van de baby vergoed, mits de baby bij de verzekeraar verzekerd is. Indien de baby met medische noodzaak in het ziekenhuis moet verblijven, worden de kosten van de opname van de moeder vergoed, mits de moeder bij de verzekeraar verzekerd is.

Art. 18 Adoptie

In geval van adoptie van een kind jonger dan 8 maanden, komt de verzekerde in aanmerking voor:

- 1 maximaal 16 uur kraamzorg via de Amicon Kraamzorgservice;
- 2 het verrassingsdeel van het Amicon Kraampakket.

Na aanmelding voor de kraamzorg via de Amicon Servicelijn Kraamzorg (0900 - 202 50 03) krijgt verzekerde het verrassingspakket thuisgestuurd.

Art. 19 Ziekenvervoer

Volledige vergoeding.

Tarief voor gebruik van personenauto: € 0,21 per kilometer.

Art. 20 Huisartsenzorg

Volledige vergoeding.

Art. 21 Paramedische zorg

De vergoeding bedraagt 100% voor de eerste dertig behandelingen per verzekerde per kalenderjaar van onderstaande therapieën samen. Daarna wordt 75% van de kosten vergoed.

De vergoeding is van toepassing op de volgende soorten paramedische zorg:

- fysiotherapie;
- kinderfysiotherapie;
- manuele therapie door een geregistreerde fysiotherapeut;
- oefen therapie Mensendieck en Cesar;
- logopedie;
- podotherapie door een geregistreerde podotherapeut;
- behandeling door heilgymnast-masseur;
- massage-oefen therapie op haptonomische basis door een fysiotherapeut.

Art. 22 Ergotherapie

De verzekeraar vergoedt op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist maximaal 10 uren ergotherapie per kalenderjaar. De ergotherapie wordt gegeven door een ergotherapeut in zijn/haar behandelruimte of in de woning van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen. Vergoeding vindt plaats op basis van het vastgestelde CTG*-tarief tot een maximum van € 450,- per kalenderjaar.

Art. 23 Sport Medische Instelling

Verzekeraar vergoedt 75% van de kosten tot maximaal € 140,- per verzekerde per kalenderjaar voor consulten en onderzoeken door een Sport Medische Instelling verricht. Prestatieve begeleiding en keuringen zijn van vergoeding uitgesloten.

Art. 24 Lymfoedeemtherapie

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar bestaat recht op vergoeding van de behandelingskosten van lymfoedeemtherapie tot maximaal € 455,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling dient te worden verricht door een huidtherapeut.

Art. 25 Camouflagetherapie

- 1 Onder camouflagetherapie wordt verstaan de methode van het aan het zicht onttrekken van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en hals door het opbrengen van cosmetische middelen, alsmede het zich eigen maken van deze methode door instructies van een schoonheidsspecialist of huidtherapeut die voldoen aan de in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen genoemde eisen.
- 2 Op verwijzing door de huisarts of een medisch specialist bestaat recht op volledige vergoeding van de behandelingskosten tot een maximum van € 120,- per verzekerde per kalenderjaar. Behandeling dient verricht te worden door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut die voldoen aan de in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen genoemde eisen.
- 3 Voor de noodzakelijke camouflagemiddelen bedraagt de vergoeding 75% van de kosten tot een maximum van € 120,- per verzekerde per kalenderjaar.

* CTG = College Tarieven Gezondheidszorg

- 4 Tevens wordt onder camouflagebehandeling verstaan het volgen van het programma 'Goed verzorgd, beter gevoel' in ziekenhuizen.

Art. 26 Epilatie

Verzekeraar vergoedt op verwijzing door huisarts of specialist de kosten van het verwijderen van abnormale haargroei in de hals en het gelaat door middel van elektrische epilatie of door middel van laserbehandeling, tot een maximum van € 170,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verzekeraar gaat alleen dan tot vergoeding van de kosten van elektrische epilatie over, indien de consulten of behandelingen worden gegeven door een schoonheids-specialist of huidtherapeut die voldoen aan de in artikel 1 van de Algemene Verzekeringvoorwaarden Individuele Ziektelkostenverzekeringen genoemde eisen.

Art. 27 Psoriasis, chronisch eczeem en neurodermitis

- 1 Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar bestaat recht op vergoeding van de kosten van Balneo Photo therapie in Bad Bentheim, Boekelo, Hengelo, Rhoon of Ede.
Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:
 - een huidarts moet de indicatie voor Balneo Photo therapie bij psoriasis hebben gesteld, dan wel de indicatie chronisch eczeem en/of neurodermitis;
 - de patiënt moet langer dan 2 jaar last hebben van psoriasis, chronisch eczeem en/of neurodermitis;
 - het dient te gaan om een aandoening van ernstige aard (beoordeling door medisch adviseur);
 - andere voorafgaande behandelingen moeten zonder succes zijn geweest;
 - de huisarts of de huidarts dient als verwijzer op te treden.

Verzekeraar vergoedt maximaal dertig behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

- 2 Voor lichtbaktherapie bij de verzekerde thuis bestaat recht op vergoeding van 50% van de start- en huurkosten van de lichtbak. Voorwaarde voor vergoeding is dat de kuur is voorgeschreven door de huidarts.
- 3 De vergoeding van de reiskosten die met het volgen van één van de in lid 1 genoemde therapieën samenhangt, vindt plaats op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse. Tarief voor gebruik van personenauto: € 0,21 per kilometer.

Art. 28 Tandheelkundige zorg

1 Voor verzekerden jonger dan 19 jaar

De vergoeding bedraagt 75% van de kosten tot een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar voor die behandelingen waarvoor een CTG*-tarief is vastgesteld (exclusief orthodontie), verricht door een tandarts of een dienst voor jeugd tandverzorging, inclusief eventuele techniekkosten. De kosten van behandelingen door een tandprotheticus en een mondhygiënist vallen eveneens onder deze vergoedingsregeling. Met inachtneming van het in de vorige volzinnen bepaalde worden per behandeling ten hoogste de tarieven vergoed, die zijn vastgesteld door het CTG. Abonnementen en soortgelijke voorzieningen zijn van de verzekering uitgesloten.

2 Voor verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de vergoedingsregeling, als onder 28.1 vermeld, niet van toepassing.

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar worden de kosten volledig vergoed. Het aanvraagformulier voor deze toestemming wordt op verzoek verstrekt.

3 Bijzondere gevallen

Volledige vergoeding van de kosten (zie Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen artikel 28).

4 Orthodontie

a) Volledige vergoeding van de kosten van de in artikel 29 lid 1 sub a van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen vermelde behandelingen.

b) Voor verzekerden jonger dan 19 jaar: vergoeding van de kosten van de in artikel 29 lid 1 sub b, c en lid 3 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen vermelde behandelingen. De vergoeding bedraagt ten hoogste € 1.900,- per verzekerde voor de totale behandeling van de aandoening. Indien de verzekerde de leeftijd van 19 jaar bereikt, stopt de vergoeding.

Art. 29 Tandheelkundige zorg na een ongeval

Verzekerde komt in aanmerking voor vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, noodzakelijk geworden ten gevolge van een ongeval, tot een maximum van € 950,- per gebeurtenis, mits:

- verzekerde schriftelijk aan verzekeraar heeft aangetoond dat een ongeval heeft plaatsgevonden, zoals bedoeld in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen;

* CTG = College Tarieven Gezondheidszorg

Pakketvoorwaarden

- de melding vergezeld gaat van een door een tandarts opgesteld behandelplan en een begroting van de kosten ter herstel van de schade die een direct gevolg zijn van het ongeval;
- verzekeraar toestemming geeft voor vergoeding van de kosten van behandeling;
- de kosten worden gemaakt gedurende de verzekerde periode. De (vervolg)-behandelingen die plaatsvinden na einde verzekering maar wel voortkomen uit het ongeval worden niet vergoed.

Art. 30 *Implantaten*

Na voorafgaande toestemming vergoedt de verzekeraar het honorarium van de kaakchirurg en de tandarts voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten. In het geval van behandeling door de kaakchirurg worden eveneens vergoed de kosten van de operatiekamer. Er dient sprake te zijn van zeer ernstige resorptie (slinking) van de edentate (tandeloze) kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een goed passende prothese te maken is, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.

De bijbehorende techniekkosten en de kosten van prothetische voorzieningen worden vergoed conform de Pakketvoorwaarden van de aanvullende verzekering tandheelkundige zorg. Indien tandheelkundige zorg niet is meeverzekerd, komen deze kosten voor rekening van verzekerde.

Art. 31 *Tandheelkundige second opinion*

Verzekeraar vergoedt de kosten van het eenmalig raadplegen van een andere tandarts of een adviserend tandarts van de verzekeraar wanneer de behandelend tandarts een ingrijpende tandheelkundige behandeling heeft voorgesteld. Uit de nota moet duidelijk blijken dat er sprake is van een second opinion.

Art. 32.1 *Alternatieve geneeswijzen*

Verzekeraar vergoedt 75% van de kosten voor consulten en behandelingen tot een maximum van € 600,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoed worden consulten/behandelingen van zorgverleners die zijn aangesloten bij hiernage-noemde beroepsverenigingen:

Pakketvoorwaarden

Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG)
Federatie NVAMG (Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde)
Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN)
Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)
Nederlandse Vereniging voor Antroposofische Verpleegkunde (NVAV)
Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF)
Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV)
Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)
Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM)
Vereniging Beter Natuurlijk (VBN), sectie therapeuten/Onder de Groene Pannen
Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH)
Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP)
Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA)
Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPA)
Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT)
Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO)
Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie
Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH)
Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam vanuit de Antroposofie
Nederlandse Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH)
Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)
Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST)
Vereniging voor IOKAI Shiatsu-therapeuten
Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)
Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPIT e.a.)
Vereniging Additieve Genezers (VAG)
Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG)
Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH)
Omni podo Genootschap
Nederlandse Vereniging ter Bevordering van de Antroposofische Psychotherapie (NVAP)
Gilde van Simontontherapeuten
Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN)
Nederlandse Vereniging voor Traditioneel Chinese Geneeskunde (ZHONG)
Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG)
Vereniging van Genezers vanuit Psychosofie (VGP)
Stichting ASR-therapie (Analytisch Synthetische Response-therapie)
Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT)
Nederlandse Vakvereniging van Neurochirurgen

Tevens vallen onder deze regeling flebologie en proktologie indien de behandeling wordt uitgevoerd door een arts.

Art. 32.2 Alternatieve geneesmiddelen

Verzekeraar vergoedt 100% van de kosten voor alternatieve geneesmiddelen tot een maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar onder de volgende voorwaarden:

- de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een behandelend (alternatief) praktiserend arts;
- de geneesmiddelen zijn geregistreerd volgens artikel 4 en 6 van het Besluit homeopathisch farmaceutische producten (zie lijst op www.cbg-meb.nl) of het betreft een magistrale homeopathische bereiding voor een individuele verzekerde die is opgenomen in de Z-Index geneesmiddelentaxe;
- de middelen zijn afgeleverd door een Nederlandse apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- antroposofische geneesmiddelen van WALA en Weleda komen voor vergoeding in aanmerking mits voorgeschreven door een antroposofisch arts en afgeleverd door een Nederlandse apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Van vergoeding uitgesloten zijn: drinkampullen, alternatieve- en reguliere zelfzorgmiddelen, (orthomoleculaire) vitamines, (orthomoleculaire) voedingssupplementen, individueel bereide (niet geregistreerde) homeopathische en fytotherapeutische geneesmiddelen.

Art. 33 Psychotherapie

De eigen bijdrage van verzekerden ingevolge de AWBZ voor psychotherapeutische zorg komt voor rekening van de verzekeraar.

Voor vergoeding is het volgende van toepassing, indien:

- de psychotherapie wordt verleend door een vrijgevestigd psychiater, deze dient hiertoe een overeenkomst met het Zorgkantoor te hebben of;
- de psychotherapie wordt verleend in een ziekenhuis, dient het een erkend ziekenhuis te zijn of;
- zorg tevens geregeld kan worden via de Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).

Art. 34 Psychologische zorg

De verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van psychologische zorg tot een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar onder de volgende voorwaarden:

- de psychologische zorg vindt plaats na verwijzing door de huisarts;
- de psychologische zorg heeft betrekking op kortdurende individuele hulpverlening;
- de psychologische zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of een eerstelijns psycholoog zoals bedoeld in artikel 1 van de Algemene

Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen.

Psycho-oncologische zorg valt tevens onder deze regeling.

Onder psychologische zorg wordt niet verstaan hulpverlening door orthopedagogen, pedagogen en psychotherapeuten.

Art. 35 Hulpmiddelen

Op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon heeft de verzekerde recht op verstrekking in eigendom of recht op verstrekking in bruikleen van de daarin met name genoemde hulpmiddelen, indien daartoe geïndiceerd. Voor bepaalde (groepen) hulpmiddelen is er sprake van een eigen bijdrage voor de verzekerde. Deze eigen bijdrage komt voor vergoeding in aanmerking met inachtneming van het onderstaande in lid 1 en 2. De Regeling Hulpmiddelen Amicon maakt deel uit van deze verzekering en is op aanvraag verkrijgbaar.

1 Hoortoestellen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van het verschil tussen de aanschafprijs van het hoortoestel en de vergoeding op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon. De vergoeding bedraagt maximaal € 200,- per hoortoestel. De kosten van de afstandsbediening, (extra) batterijen, het onderhoudscontract en de schoonmaaksetjes komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2 Pruiken

De verzekerde heeft recht op vergoeding van het verschil tussen de aanschafprijs van de pruik en de vergoeding op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon, tot een bedrag van maximaal € 312,- per pruik.

3 Brillenglazen/contactlenzen

Verzekerde heeft eenmaal per kalenderjaar recht op een tegemoetkoming in de kosten van brillenglazen of contactlenzen volgens de onderstaande vergoedingsregeling.

Vergoedingenoverzicht

Sferische sterkte in dioptrieën	enkelvoudig glas/lens	meervoudig glas/lens
0,50 - 4,00 (voor kinderen tot 16 jaar)	€ 12,50	€ 25,-
4,25 - of meer	€ 40,-	€ 70,-

4 Monturen

Vergoeding vindt plaats voor de aanschafkosten van brilmonturen voor kinderen tot 16 jaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 37,50 per 2 kalenderjaren.

Pakketvoorwaarden

- 5 Lymphapress**
Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar kan bij langdurig gebruik en op voorschrift van de huisarts of specialist een lymphapress in bruikleen worden verstrekt.
- 6 Manchet**
Indien de verzekerde gebruik maakt van lymfedrainage en/of oedeemtherapie worden de aanschafkosten van een manchet volledig vergoed.
- 7 Plaswekker**
Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar kan dit apparaat tegen bedplassen in eigendom worden verstrekt.
- 8 Softbraces**
Indien de aanschaf plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts, worden de aanschafkosten van softbraces voor 75% vergoed tot maximaal € 35,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 9 Slijmzuiger**
De verzekerde heeft, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, aanspraak op terbeschikkingstelling van een slijmzuiger in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat.
- 10 Bewakingsmonitor**
De verzekerde heeft, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, aanspraak op terbeschikkingstelling van een bewakingsmonitor in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat.
- 11 Steunpessarium**
De verzekeraar vergoedt, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, de kosten van een steunpessarium.
- 12 Steun- en podozolen**
De verzekeraar vergoedt, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, de aanschaf van steun- en podozolen tot maximaal € 25,- per paar per 2 kalenderjaren. Voor kinderen tot 16 jaar vindt vergoeding plaats tot maximaal € 25,- per paar per kalenderjaar.

Art. 36 Farmaceutische zorg

Wettelijke geneesmiddelen, vermeld in de Regeling Farmaceutische Zorg Zorgverzekeraars Nederland, komen voor vergoeding in aanmerking. Op deze geneesmiddelen is het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) van toepassing.

Verzekeraar vergoedt bovendien de eigen bijdrage die verzekerde op grond van het GVS verschuldigd is tot een maximum van € 475,- per verzekerde per kalenderjaar. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- het mag geen ovulatiebevorderend middel betreffen;
- de behandeling met het betreffende geneesmiddel dient medisch geïndiceerd te zijn;
- met andere geneesmiddelen, waarvoor geen eigen bijdrage als hier bedoeld is verschuldigd, is geen behandeling bij verzekerde mogelijk die tot een afdoende resultaat leidt.

Verzekeraar behoudt zich het recht voor groepen van geneesmiddelen aan te wijzen die hieraan voldoen en derhalve van vergoeding uit te sluiten.

Verbandmiddelen, vermeld in de Regeling Farmaceutische Zorg Zorgverzekeraars Nederland, komen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurig gebruik van deze verbandmiddelen noodzakelijk is.

Voorwaarde is dat de genees- of verbandmiddelen geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Art. 37 Buitenland

- 1 Voor het organiseren van spoedeisende medische zorg in het buitenland, contacten met de behandelend arts, repatriëring, garantstellingen en andere met de verzekering verband houdende ondersteunende diensten, bestaat recht op hulp door de Alarmcentrale SOS International te Amsterdam, telefoonnummer: 020 - 651 51 51. De verzekerde heeft, op vertoon van de polis, eveneens recht op hulpverlening door Euro-Centers.
- 2 Vergoeding van de gemaakte kosten van spoedeisende medische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland als vermeld bij het betreffende verzekerde onderdeel. Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.
- 3 Volledige vergoeding van de kosten van ziekenvervoer met een spoedeisend karakter van de verblijfplaats in het buitenland naar de woonplaats in Nederland. Vergoeding wordt alleen verleend indien de organisatie van dit vervoer plaatsvindt door Alarmcentrale SOS International te Amsterdam.
- 4 Vergoeding van kosten van vervoer in het geval van ziekenhuisopname wegens ziekte of een ongeval van een meereizend, meeverzekerd gezinslid. Vergoeding van de kosten vindt plaats op basis van de kosten van vervoer in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel, dan wel, bij gebruik van eigen auto, op basis van een kilometerprijs van € 0,21. De maximale vergoeding bedraagt € 250,- per polis per kalenderjaar.

- 5 Vergoeding van de kosten van zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie bedraagt ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de polis zou zijn vergoed. De kosten van ziekenvervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking. Verzekerde wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met de verzekeraar contact op te nemen, opdat duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.
- 6 In geval van overlijden vindt een vergoeding van ten hoogste € 3.700,- plaats voor de kosten die verband houden met het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Art. 38 Wachtlijstbemiddeling

Als verzekerde een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan waarvoor een wachttijd geldt, kan de verzekeraar via de afdeling Wachtlijstbemiddeling nagaan of de wachttijd verkort kan worden en verzekerde eerder behandeld kan worden. Amicon Wachtlijstbemiddeling is tijdens kantooruren bereikbaar via telefoonnummer 053 - 485 39 80.

Wachtlijstbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie, eerstelijns hulp of AWBZ-zorg.

4 Aanvullende verzekering voor tandheelkundige zorg

Pakket TANDV

Deze aanvullende verzekering kan voor iedere verzekerde die op de polis vermeld staat afzonderlijk worden afgesloten. Zij wordt gesloten voor de duur van ten minste 1 kalenderjaar en zonder opzegging telkens stilzwijgend verlengd voor de duur van 1 kalenderjaar. Deze aanvullende verzekering eindigt bij beëindiging van de hoofdverzekering.

1 Bijzondere voorwaarden pakket TANDV

Het aanmeldingsformulier tandheelkundige verzekering dient vergezeld te gaan van een tandheelkundig keuringsrapport (met status praesens en bitewingfoto's) dat is ingevuld en ondertekend door de behandelend tandarts. Bij de eerste aanmelding vindt vergoeding plaats van de kosten voor de status praesens. Een status praesens is niet nodig wanneer de aanvrager direct voorafgaand verzekerd was bij het ziekenfonds en in het bezit is van een geldige preventiekaart, of wanneer een meeverzekerd kind de leeftijd van 19 jaar bereikt en direct aansluitend het pakket TANDV wenst.

- 2 De verzekerden dienen zich regelmatig (ten minste eenmaal per jaar) voor een controle tot de behandelend tandarts te wenden.

Aanspraak op vergoeding

- 1 75% van de kosten tot een maximum van € 460,- per verzekerde per kalenderjaar voor die behandelingen waarvoor een CTG*-tarief is afgegeven (exclusief orthodontie), verricht door een tandarts, inclusief eventuele techniekkosten, tegen de vastgestelde CTG-tarieven. De kosten van behandelingen door een tandprotheticus, een tandtechnicus en een mondhygiënist vallen eveneens onder deze vergoedingsregeling. Abonnementen en soortgelijke voorzieningen zijn van de verzekering uitgesloten.
- 2 Voor verzekerden jonger dan 19 jaar vindt de uitkering, genoemd in onderdeel 1 hierboven, eerst plaats nadat de in onderdeel 28.1 van het Overzicht vergoedingen genoemde maximumvergoeding is bereikt.
- 3 Voor verzekerden jonger dan 19 jaar: 80% van de kosten genoemd in onderdeel 28.4b van het Overzicht vergoedingen nadat de in dat onderdeel genoemde maximumvergoeding van € 1.900,- is bereikt. Indien de verzekerde de leeftijd van 19 jaar bereikt, stopt de vergoeding.
- 4 De vergoedingen vallen niet onder een eventueel gekozen eigen risico in de hoofdverzekering.
- 5 Indien de verzekerde naast het pakket TANDV ook het Luxe-Pakket heeft meeverzekerd, dan geldt dat als recht bestaat op een vergoeding voor tandheelkundige zorg, de vergoedingsregeling vanuit het pakket TANDV als eerste van toepassing is, gevolgd door de vergoedingsregeling vanuit het Luxe-Pakket.

* CTG = College Tarieven Gezondheidszorg

5 Aanvullende klasseverzekering voor ziekenfondsverzekerden

Deze verzekering geeft aanspraak op vergoeding van het verschil tussen het tarief in de verzekerde klasse en het ziekenfondstarief van de kosten van ziekenhuisverpleging zoals hiervoor in het Overzicht vergoedingen onder punt 1 omschreven. De vergoedingen vallen niet onder een eventueel gekozen eigen risico in de hoofdverzekering. Voor het aangaan van een verzekering voor ziekenhuisverpleging in klasse 2 geldt een maximumleeftijd van 49 jaar.

Indien de verzekerde wordt opgenomen op basis van 3e klasse, terwijl hij/zij voor een hogere klasse is verzekerd, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 25,- per verpleegdag tot een maximum van 30 verpleegdagen per kalenderjaar.

6 Daggeldverzekering

Pakket DV

Aanspraak op vergoeding

Bij opname van een verzekerde in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 10 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen, wordt per dag een bedrag in geld uitgekeerd, ter compensatie van extra kosten die met een ziekenhuisopname gepaard gaan.

Deze bedragen per dag zijn hierna vermeld:

Pakket DV-A	€ 5,-
Pakket DV-B	€ 10,-
Pakket DV-C	€ 15,-
Pakket DV-D	€ 20,-
Pakket DV-E	€ 25,-
Pakket DV-F	€ 35,-
Pakket DV-G	€ 45,-

Bijzondere voorwaarden pakket DV

- 1 Het recht op vergoeding bestaat voor maximaal 50 dagen per kalenderjaar.
- 2 Indien de ziekenhuisopname betrekking heeft op zwangerschap en/of bevalling bestaat het recht op vergoeding alleen indien de verzekering direct voorafgaande aan de opname ten minste een jaar onafgebroken heeft bestaan.
- 3 Voor het aangaan van deze verzekering geldt een maximumleeftijd van 49 jaar.

7 Trefwoorden

	<i>Algemene Verzekerings- voorwaarden (artikel)</i>	<i>Overzicht vergoedingen (artikel)</i>
A		
Aansprakelijkheid van derden	34	—
Acupunctuur	—	32.1
Adoptie	—	18
Alternatieve geneesmiddelen	1, 23	32.2
Alternatieve geneeswijzen	23	32.1
Antroposofische therapieën	—	32.1
Audiologische zorg	1, 15	14
B		
Balneo Photo therapie	—	27
Beëindiging	37	—
Bevalling	18	16
Bewakingsmonitor	22	35
Brillenglazen	22	35
Brilmontuur	22	35
Buitenland	30	37
C		
Camouflagetherapie	24	25
Cesar oefentherapie	1, 19	21
Chiropractie	—	32.1
Contactlenzen	22	35
D		
Dagbehandeling	11	2
Dialyse	11	10
E		
Eerstelijns psycholoog	1	34
Epilatie	26	26
Erfelijkheidsonderzoek	1, 16	13
Ergotherapie	1	22
F		
Farmaceutische zorg	1, 21	36
Fertiliteitbevorderende behandelingen	31	11
Fysiotherapie	1, 19	21

	<i>Algemene Verzekerings- voorwaarden (artikel)</i>	<i>Overzicht vergoedingen (artikel)</i>	
G	Geneesmiddelen	21	36
	Geschillen	38	—
	Gezondheidszorgpsycholoog	1	34
H	Haptotherapie	—	32.1
	Heilgymnast-masseur	1, 19	21
	Homeopathie	23	32.1
	Hoortoestellen	22	35
	Huisartsenzorg	1, 20	20
	Hulpmiddelen	1, 22	35
I	Implantaten	27	30
K	Kaakchirurg	1	—
	Kinderfysiotherapie	1, 19	21
	Kraampakket	—	15
	Kraamzorg	1, 18	17
L	Logopedie	1, 19	21
	Lymfoedeemtherapie	25	24
	Lymphapress	22	35
M	Manchet	22	35
	Manuele geneeskunde	—	32.1
	Manuele therapie	1, 19	21
	Massage-oefentherapie	19	21
	Mensendieck oefentherapie	1, 19	21
	Mondhygiënist	1	28
N	Natuurgeneeswijzen	—	32.1
	Niet-klinische specialistische behandeling	12	4
O	Oefentherapie	1, 19	21
	Ongeval, tandheelkundige zorg	—	29
	Orgaantransplantaties	10	9
	Orthodontie	1, 29	28
	Orthomoleculaire geneeskunde	—	32.1
	Osteopathie	—	32.1

	<i>Algemene Verzekerings- voorwaarden (artikel)</i>	<i>Overzicht vergoedingen (artikel)</i>	
P	Paramedische zorg	19	21
	Plastische chirurgie	13	12
	Plaswekker	22	35
	Podologie	23	32.1
	Podo-orthesiologie	23	32.1
	Podotherapie	19	21
	Preventie en vroegdiagnostiek	32	5
	Pruiken	22	35
	Psoriasis	—	27
	Psychologische zorg	1	34
Psychotherapie	—	33	
R	Regeling van vergoedingen	35	—
	Revalidatie	1, 14	3
S	Schoonheidsspecialist	1	25,26
	Second opinion	12	6
	Second opinion, tandheekunde	—	31
	Slijmzuiger	22	35
	SNWLK	—	8
	Softbraces	22	35
	Specialist	1	—
	Sport Medische Instelling	—	23
	Steunpessarium	22	35
Steun- en podozolen	22	35	
T	Tandarts	1	—
	Tandheekundige zorg	27, 28	28
	Tandtechnicus	1	—
U	Uitsluitingen	33	—
V	Verbandmiddelen	21	36
	Verloskundige	1	—
W	Wachlijstbemiddeling	—	38
	Weefseltypering	—	7
	Wet BIG	1	—
Z	Ziekenhuis	1	—
	Ziekenhuisopname	10	1
	Ziekenvervoer	17	19