

AANVULLENDE VERZEKERINGEN Beter Voor Nu

Avéro Achmea
Postbus 57212
1040 BC Amsterdam
Nederland
www.averoachmea.nl

INHOUDSOPGAVE:

Hoofdstuk 1: Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	blz.
Hoofdstuk 2: Aanvullende verzekering Beter Voor Nu	blz.
Hoofdstuk 3: Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering	blz.
Hoofdstuk 4: Aanvullende verzekeringen Tandartskosten	blz.
Hoofdstuk 5: Servicepakket	blz.
Hoofdstuk 6: Overzicht verzekerde zorg	blz.

Inleiding:

In hoofdstuk 1 zijn de algemene voorwaarden vermeld die van toepassing zijn op de aanvullende verzekeringen die zijn beschreven in hoofdstuk 2 tot en met 4.

Op het polisblad is aangetekend welke aanvullende verzekering voor verzekerde van toepassing is.

Hoofdstuk 6 betreft een overzicht waarin kan worden afgelezen welke zorg is verzekerd met het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) en de aanvullende verzekeringen en waar in de voorwaarden de betreffende zorg is beschreven.

Raadpleeg daarom eerst het polisblad om na te gaan welke hoofdstukken van deze voorwaarden van toepassing zijn op uw verzekering.

Hoofdstuk 1

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

Inhoud:

- Art. 1 Begripsbepalingen
- Art. 2 Grondslag van de aanvullende verzekering
- Art. 3 Aanmelding en inschrijving
- Art. 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering
- Art. 5 Verplichtingen van de verzekerde
- Art. 6 Onrechtmatige inschrijving
- Art. 7 Premie
- Art. 8 Automatische incasso
- Art. 9 Wijziging van premie en/of voorwaarden
- Art. 10 Aanspraken en vergoedingen
- Art. 11 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar
- Art. 12 Aansprakelijkheid van derden
- Art. 13 Geschillen
- Art. 14 Persoonsgegevens
- Art. 15 Fraude
- Art. 16 Buitenland

Art. 1 Begripsomschrijvingen

In de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen van Avéro Achmea op het [\(Keuze\) Zorg Plan](#).

Apotheekhoudende

Onder apothekhoudende verstaan wij: (internet)apotheken, apothekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken en apothekhoudende huisartsen.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Avéro Achmea:

Avéro Achmea is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen N.V.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Basisverzekering

De zorgverzekering (basisverzekering) zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Budgethouder

Persoon aan wie ingevolge de AWBZ en/of de Wet maatschappelijk ondernemen (Wmo) een persoonsgebonden budget (PGB) is toegekend en die verantwoordelijkheid over de besteding van PGB verschuldigd is.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik.

een en ander rekening houdend met het door ons vastgestelde nadere reglement. De verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling Zorgverzekering.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Gezin

Eén volwassene, danwel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Kaakchirurg

Een tandarts–specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Logopedist

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

Mantelzorger

Degene die onbetaald langdurig en/of intensief zorgt voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid.

Medisch adviseur

De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut” en van het “Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)”.

Oefentherapeut

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

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buiten af en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten aanvullende verzekering is vastgelegd.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

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".

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de aanvullende verzekering met ons is aangegaan.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zelfstandig behandelcentrum

Een inrichting voor medisch specialistische zorg (MISZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (MISZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgregelaar

Degene die complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, AWBZ en de Wmo beantwoordt, die zoekwerk verricht en adviseert op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën en die (indien noodzakelijk) de daarmee gepaard gaande regeltaken van verzekerde en of mantelzorger kan overnemen voor zover deze zorg niet wordt gedekt door de wettelijke zorgaanpakken.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat Achmea Zorgverzekeringen N.V. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000647.

Art. 2 Grondslag van de de aanvullende verzekering

- 2.1** Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier en schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. De overeenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan u (verzekeringnemer).
- 2.2** Naast het polisblad verstrekken wij een zorgpas. Bij het invoeren van hulp moet u het polisblad of de zorgpas tonen aan de zorgverlener.
- 2.3** De kosten van zorg op basis van deze verzekering kunnen behoudens eigen betalingen (tenzij daar uitdrukkelijk voor verzekerd) door de verzekerde bij ons worden gedeclareerd, tenzij er rechtstreekse declaratie bij ons plaatsvindt. De kosten van zorg gedeclareerd door een gecontracteerd zorgverlener zullen door ons rechtstreeks aan die zorgverlener worden vergoed conform het met deze gecontracteerde zorgverlener overeengekomen tarief.
Indien de zorg wordt verleend door een niet gecontracteerde zorgverlener worden de kosten vergoed tot maximaal het op het moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO). Indien en voor zover, op basis van de WMO, geen (maximum)tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- 2.4** De aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in deze aanvullende verzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.5** U heeft slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Art. 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1** Iedereen, die recht heeft op het (Keuze) Zorg Plan, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (alleen mogelijk indien de aanvraag gelijktijdig geschiedt met de aanvraag voor het (Keuze) Zorg Plan).
- 3.2** Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
 - u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 18 van het (Keuze) Zorg Plan;
 - u uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- 3.3** Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de aanvullende verzekering van (één van) de bij ons verzekerde ouders.

Art. 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

4.1 Ingangsdatum en duur van uw aanvullende verzekering

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende verzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt alleen plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.

4.2 Einde van uw aanvullende verzekering

- 4.2.1.** U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende verzekering beëindigen:
- door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en geëffectueerde opzegging is onherroepelijk.
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- 4.2.2** Wij beëindigen uw aanvullende verzekering:
- op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen niet betaald zijn binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n), die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd;
 - met onmiddellijke ingang:
 - wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;
 - wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - bij aangetoonde fraude.

Art. 5 Verplichtingen van de verzekerde

5.1 U bent verplicht:

- bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van de volgende geldige documenten: een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of vreemdelingendocument;
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de medisch adviseur daarom vraagt;
- aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met privacyregelgeving;
- ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;

- 5.2** U bent tevens verplicht om in voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de aanvullende verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de aanvullende verzekering van toepassing is. In het geval u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar u volgens

de vergoeding recht op had.

Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen.

- 5.3** Wanneer u zelf nota's van een zorgverlener ontvangt, dient u de originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. Vergoeding vindt alleen dan plaats wanneer wij beschikken over een originele en duidelijk gespecificeerde nota. Kopienota's, herinneringen, pro forma nota's, begrotingen of kostenramingen e.d. accepteren wij niet als originele nota en worden niet vergoed. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is.
- 5.4** U (verzekeringnemer) bent verplicht binnen een maand aan ons kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.
- 5.5** Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg.

Art. 6 Onrechtmatige inschrijving

- 6.1** Wanneer ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en deze verzekering een aanvulling daarop is en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt deze verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.
- 6.2** Wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door u sindsdien voor uw rekening genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand.

Art. 7 Premie

7.1 Hoogte van de premie

- 7.1.1** De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Wanneer de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de overschrijding plaatsvindt.
- 7.1.2** Als één van de ouders bij ons een basisverzekering en aanvullende verzekering heeft afgesloten, dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering.

7.2 Het betalen van de premie

- 7.2.1** U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 7.2.2** Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg.
- 7.2.3** Als de Basisverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. Wij kunnen van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

7.3 Niet-tijdige betaling

- 7.3.1** Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u in rekening brengen.
- 7.3.2** Als u gekozen heeft voor premiebetaling per kwartaal of (half) jaar en u betaalt de premie niet binnen de gestelde betalingstermijn, dan behouden wij ons het recht voor u (verzekeringnemer) terug te zetten naar premiebetaling per maand. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.
- 7.3.3** In aanvulling op het hiervoor genoemde artikel 7.3.1 geldt dat de aanvullende verzekeringen beëindigd worden, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De vergoedingen vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wanneer de premieachterstand is voldaan, is het mogelijk dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw af te sluiten. Hieraan kan een medische beoordeling voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

Artikel 8 Automatische Incasso

Betalingen van de premie, wettelijke eigen bijdragen, wettelijke eigen betalingen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden bij voorkeur per automatische incasso. Indien u kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Art. 9 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 9.1** Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.
- 9.2** Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- 9.3** Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit schriftelijk of per e-mail aan ons melden binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- 9.4** U mag de wijziging niet weigeren wanneer:
- de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
 - uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens.

Art. 10 Aanspraken en vergoedingen

10.1 Per zorgaanspraak beschrijven wij de omvang van de vergoeding waarop u recht heeft en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent.

Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;
- wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

10.2 U heeft recht op zorgbemiddeling.

10.3 Vergoedingen

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

10.4 Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten:

- die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft);
- van behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf ten laste van uw verzekering. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad van u (verzekerde) dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.

10.5 Samenloop

10.5.1 U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen.

Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:

- vanuit het [Zorg Plan](#) verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik maken van niet gecontracteerde zorg;
- kosten die met het eigen risico van het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) zijn verrekend, tenzij het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoed wordt vanuit de collectieve aanvullende verzekering;
- wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.

10.5.2 Als u naast deze aanvullende verzekering een reisverzekering heeft afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt deze aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van deze aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering

geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling ter zake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden. De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer vanwege toepassing van een vrijwillig gekozen eigen risico of een vergoedingsmaximum, geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Alleen in die situaties biedt deze aanvullende verzekering vergoeding volgens de geldende polisvoorwaarden.

- 10.5.3 De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 10.5.4 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
- het (Keuze) Zorg Plan;
 - de Aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
 - de Aanvullende verzekering.

Art. 11 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van de aanvullende verzekering.

Art. 12 Aansprakelijkheid van derden

- 12.1 Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van u, moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.
- 12.2 Als u wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde, als bedoeld in het eerste lid, bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij ons en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 12.3 U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als u daarvoor de schriftelijke toestemming van ons heeft.

Art. 13 Geschillen

- 13.1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 13.2 Wanneer u het niet eens bent met een door ons genomen beslissing of u bent ontevreden over onze dienstverlening dan kunt u uw klacht binnen zes maanden nadat de beslissing aan u is meegedeeld of de dienstverlening aan u is verleend voorleggen aan de Centrale Klachtencoördinatie. U kunt uw klacht per brief, e-mail, telefonisch, internet, per faxbericht of via onze servicepunten voorleggen.
- 13.3 Na ontvangst wordt uw klacht opgenomen in ons klachtenregistratiesysteem en ontvangt u hiervan een bevestiging. U ontvangt uiterlijk binnen drie weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de afhandeling van uw klacht, dan informeert de behandelaar of de Centrale Klachtencoördinatie u hierover.
- 13.4 Wanneer u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht dan heeft u de mogelijkheid een herbeoordeling bij ons aan te vragen. Uw herbeoordelingsverzoek kunt u per brief, e-mail, telefonisch, internet of per faxbericht bij de Centrale Klachtencoördinatie indienen. U ontvangt hiervan een bevestiging en ontvangt uiterlijk binnen drie weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de herbeoordeling van uw klacht, dan informeert de behandelaar of de Centrale Klachtencoördinatie u hierover.
- 13.5 In afwijking van het voorgaande lid, of wanneer de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen voldoet, kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl).
- 13.6 De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen kan uw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft

gedaan. Het staat u altijd vrij om naar de burgerlijk rechter te stappen, zelfs nadat de Geschillencommissie een bindend advies heeft uitgebracht.

- 13.7** Ongeacht het in de overige leden van dit artikel bepaalde hebben consumenten, zorgverleners en zorgverzekeraars te allen tijden het recht een klacht in te dienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door ons gehanteerde formulieren. Een dergelijk klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgverlener, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies.

Voor meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen verwijzen wij u naar de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen'. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Art. 14 Persoonsgegevens

- 14.1** Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om u te informeren over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van uw persoonsgegevens is voor zorgverzekeraars de "Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars" van toepassing. Daarnaast is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen". van kracht.
- 14.2** Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij Avéro Achmea, Postbus 1717, 3800 BS Amersfoort.
- 14.3** In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij als Achmea Groep uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.
- 14.4** Vanaf het moment dat de aanvullende verzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de aanvullende verzekering te kunnen nakomen. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

Art. 15 Fraude

- 15.1** Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.
- 15.2** Elk uit deze aanvullende verzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- 15.3** Materiële controle en fraude
Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.
- 15.4** Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:
- a. aangifte doen bij de politie;
 - b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
 - c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
 - d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-) kosten terugvorderen.

Art. 16 Buitenland

- 16.1** De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

In het kader van deze bepaling zijn de artikelen 19.1 en 19.2 die gelden voor het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) van overeenkomstige toepassing. Wanneer in deze voorwaarden wordt gesproken over een 100% vergoeding dan betekent dit in het kader van dit artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde bepalingen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Dit artikel is tevens niet van toepassing op de artikelen Buitenland van de aanvullende voorwaarden Beter Voor Nu. Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.

16.2 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de omrekenkoers zoals die is vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Wanneer deze koers ontbreekt, hanteren wij de maandelijkse wisselkoers van de Nederlandsche Bank. Wij hanteren in dat geval de wisselkoers van de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.

16.3 Nota's uit het buitenland

De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Hoofdstuk 2

Aanvullende verzekering Beter Voor Nu

Voorwaarden en vergoedingen aanvullende verzekeringen. Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u bij ons heeft afgesloten.

Inleiding:

Voor de in artikel 2, 9, 21, 23, 24, 29 en 36 genoemde kosten geldt tezamen, met inachtneming van een eventueel per artikel geldend maximum, een maximale vergoeding van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Wij vergoeden de kosten van:

Art. 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

1.1 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van consulten van de volgende alternatieve genezers of therapeuten:

A Artsen:

Een in Nederland gevestigde arts-acupuncturist, homeopathisch arts, arts voor natuurgeneeswijzen,

antroposofisch arts, arts-enzymtherapeut, Sickness-arts, manueel arts of Moerman-arts. Onder arts wordt in het kader van dit artikel tevens verstaan een osteopaat die lid is van het Nederlands Register voor osteopathie/ Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NRO/NVO) of de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).

Vergoeding: voor de kosten van consulten van de hiervoor genoemde artsen tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult) maximaal € 75,- per dag vergoed

B Niet-artsen:

Een in Nederland gevestigde acupuncturist, fysiotherapeut-acupuncturist, klassiek homeopaat, manueel therapeut, chiropractor, haptotherapeut of natuurgeneeskundig therapeut.

Vergoeding: voor deze zorgverleners tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult) maximaal € 40,- per dag vergoed

Gezamenlijke maximum vergoeding

Van de gezamenlijke kosten van de hiervoor onder A en B genoemde alternatieve genezers of therapeuten worden per kalenderjaar maximaal 20 consulten vergoed.

Voorwaarden:

- Bij een natuurgeneeskundig therapeut komen alleen de kosten van een natuurgeneeskundig consult voor vergoeding in aanmerking.
- De onder B genoemde genezers of therapeuten dienen lid te zijn van een voor hun discipline opgerichte landelijk erkende beroepsvereniging. Indien wij daarom verzoeken, dient verzekerde een schriftelijk bewijs van dit lidmaatschap aan ons te verstrekken.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.
- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden niet de kosten van werk- en schoolgerelateerde coaching.
- Wij vergoeden niet de kosten van kuren en reizen.
- Wij vergoeden niet de kosten verbandhoudend met alternatieve psychotherapie.

1.2 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden:

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apothekhoudende.

Vergoeding: 100%

Art. 2 Bewegen in extra verwarmd water

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad.

Voorwaarden:

- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat oefentherapie in extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.
- De oefentherapie moet in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Vergoeding: 100%, met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

Art. 3 Brillen, contactlenzen en ooglaseren

3.1 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte of contactlenzen op sterkte.

Voorwaarde:

De brillen of contactlenzen moeten zijn geleverd door een opticien of optiekbedrijf.

Vergoeding:

- a. Brillen of contactlenzen voor langdurig gebruik: eenmaal per 3 kalenderjaren 1 bril of 1 paar lenzen tot maximaal € 250,- of
- b. Contactlenzen voor kortdurend gebruik: zoals dag-, week- maand-, halfjaar- en jaarlenzen, maximaal € 65,- per kalenderjaar

Kortingsregeling bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish of Specsavers

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish of Specsavers gebruik maken van een kortingsregeling.

Een overzicht van de kortingen kunt u downloaden van onze website of bij ons of bij de opticiens opvragen.

3.2 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

Voorwaarde:

De oogarts die de ooglaserbehandeling uitvoert moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NOG.

Vergoeding: maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Kortingsregeling bij Visionclinics

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Visionclinics gebruik maken van een kortingsregeling.

Een overzicht van de korting kunt u downloaden van onze website of bij ons of bij Visionclinics opvragen.

Art. 4 Buitenland

4.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden:

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Eurocross Assistance.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige

verzekering.

Vergoeding: Aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden

4.2 Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer, vervoer per eigen auto en openbaar vervoer.

Voorwaarden:

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkortung.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900 - 230 23 40. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,27 per km

4.3 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden, wanneer u vanuit Nederland voor zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 8.2, voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de overnachtingskosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde:

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

Vergoeding: overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,27 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

4.4 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
- vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden:

- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- Eurocross Assistance moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: 100%

4.5 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

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

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- rabiës (hondsdoelheid);
- Früh Sommer Meningo Encephalitis (tekenbeet);
- hepatitis A/B.

Vergoeding: consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale: 100%

geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100% of
consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij andere zorgverleners: maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

Art. 5 Dieetadviesing/voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van:

- dieetadviesing door een diëtist.
Dieetadviesing omvat de voorlichting en adviesing op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Voor verzekerden die op grond van het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) recht hebben op vergoeding van de kosten van dieetadviesing geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis;
- voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een diëtist.
Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en adviesing op het terrein van voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.

Voorwaarden:

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- De behandelend gewichtsconsulent moet zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Vergoeding: maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 6 Eerstelijnspsychologische zorg

6.1 Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg vanuit het [\(Keuze\) Zorg Plan](#).

Vergoeding: maximaal € 80,- per verzekerde per kalenderjaar

6.2 Aanvullende eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden, als aanvulling op de vergoeding op grond van de [\(Keuze\) Zorg Plan](#), de kosten van extra zittingen eerstelijnspsychologische zorg.

Vergoeding: 8 zittingen per verzekerde per kalenderjaar

Art. 7 Eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van het [\(Keuze\) Zorg Plan](#).

Vergoeding: 100%

Art. 8 Fysiotherapie, oefentherapie en beweegprogramma's

8.1 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Voor verzekerden die op grond van het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Op de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure "Paramedische Zorg."

Voorwaarde:

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe toegang fysiotherapie/oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Een lijst met zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van individuele behandeling, wanneer u in aanmerking komt voor bewegprogramma's zoals omschreven in artikel 8.2.

Vergoeding: maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

8.2 Bewegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van bewegprogramma's door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut. De vergoeding geldt voor verzekerden met obesitas (BMI >30), revaliderende mensen met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2 met een longwaarde van FEV1/VC > 60%.

Voorwaarde:

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding: maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 9 Gasthuis

9.1 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, vergoeden wij bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis;
- een kilometervergoeding voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,27 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Voorwaarden:

- U moet een specificatie van de gemaakte aan ons overleggen.
- Wij controleren of het bezoek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Indien wij daarom verzoeken, dient U dit bezoek aan te tonen. Dit kan bij voorbeeld door middel van parkeerbonnen of een door verzekerde op te stellen en door het te bezoeken ziekenhuis of de revalidatie-inrichting gewaarmerkte presentielijst.

Uitsluiting:

Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Vergoeding: 100% met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

9.2 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Wij vergoeden de kosten van overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis, wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat.

Vergoeding: maximaal € 35,- per dag met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

Art. 10 Griepvaccinatie

Wij vergoeden de kosten van een griepvaccinatie.

Uitsluiting:

Vaccinatie in het kader van het Nationaal programma grieppreventie (risicogroepen) vallen onder de AWBZ.

Vergoeding: 100%

Artikel 11 health Check

Wij vergoeden de health Check (preventieve gezondheidstest) bij een hiervoor door ons geselecteerde zorgverlener.

Vergoeding: 100% éénmaal per persoon per kalenderjaar

Art. 12 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans.

Voorwaarde:

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding: maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 13 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van opname in een herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. Een lijst met herstellingsoorden, die door ons vergoed worden, kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde:

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

Vergoeding: maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar

Artikel 14 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen bij verblijf in een hospice ten behoeve van een verzekerde wanneer:

- een medische indicatie voor verpleging door zowel de behandelend arts als onze medisch adviseur aanwezig wordt geacht;
- de verzekerde zich naar het oordeel van onze medisch adviseur in de laatste levensfase bevindt;
- de hospice participeert in het netwerk palliatieve zorg in de regio en geen deel uitmaakt van een gezondheidsinstelling zoals een verpleeghuis, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Vergoeding: maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 4.500,-

Art. 15 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- acnébehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen;
- camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen;
- elektrische epilatie behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut bij vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.

Voorwaarden:

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Vergoeding: maximaal € 600,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 16 Hulpmiddelen (eigen bijdrage)

Wij vergoeden de kosten van die hulpmiddelen die op grond van het (Avéro) Achmea Reglement Hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen en voor zover het kosten betreft die de wettelijke maximale vergoeding als omschreven in het (Avéro) Achmea Reglement Hulpmiddelen overschrijden, of als eigen bijdrage zijn vastgesteld.

Toelichting voorwaarden van vergoeding:

De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Avéro Achmea.

16.1 Eigen bijdrage hoortoestellen

Ter aanvulling op de wettelijke maximale vergoeding van een hoortoestel uit het (Keuze) Zorg Plan heeft u recht op een extra vergoeding tot maximaal € 800,- inclusief de vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan.

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 30, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar

16.2 Eigen bijdrage pruiken

Ter aanvulling op de wettelijke maximale vergoeding van een pruik uit het (Keuze) Zorg Plan heeft u recht op een extra vergoeding.

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 30, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

16.3 Eigen bijdrage overige hulpmiddelen

Ter aanvulling op de wettelijke maximale vergoedingen, dan wel als vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen uit het (Avéro) Achmea Reglement Hulpmiddelen heeft u recht op een extra vergoeding.

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 30, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van de wettelijke eigen bijdrage orthopedische schoenen en allergeenvrije schoenen

Vergoeding: maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar

16.4 ADL hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen ten behoeve van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL hulpmiddelen) voor zover deze niet onder het Achmea Reglement Hulpmiddelen of de AWBZ vallen. Het betreft hulpmiddelen die een verzekerde met een blijvende lichamelijke beperking hulp bieden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.

Voorwaarden

Het hulpmiddel moet door Vegro of Harting-Bank/Ligtvoet worden geleverd.

Het hulpmiddel moet door Vegro of Harting-Bank/Ligtvoet erkend zijn als ADL hulpmiddel.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

Art. 17 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal één basis leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Training & Coaching te Dalfsen voor:

- hartpatiënten;
- whiplashpatiënten;
- mensen met stress- en burn out gerelateerde klachten.

Voorwaarde:

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding: maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 18 Loophulpmiddelen

Wij vergoeden de volgende loophulpmiddelen: elleboogkrukken, loophulpen met 3 of 4 poten en looprekken.

Voorwaarde:

De leverancier bepaalt of het loophulpmiddel definitief uw eigendom wordt of dat het hulpmiddel in bruikleen wordt gegeven. Bij bruikleen bent u een kleine borgsom verschuldigd.

Een lijst met leveranciers die door ons vergoed worden kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten die verband houden met het thuisbezorgen van een hulpmiddel.
- Wij vergoeden niet de kosten van normaal gebruik zoals bijvoorbeeld doppen bij krukken.

Vergoeding: 100%

Art. 19 Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt of chronisch ziek zijn en die thuis mantelzorg ontvangen, de kosten van vervangende zorg bij afwezigheid van de mantelzorg.

Voorwaarde:

De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangende Nederland te Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag.

Vergoeding: maximaal 21 dagen per verzekerde per kalenderjaar

Art. 20 Melatonine

Wij vergoeden bij slaapproblemen ten gevolge van DSPS, ADHD en PDD-NOS de kosten van het geneesmiddel melatonine.

Voorwaarden:

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Bij klachten ten gevolge van DSPS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een arts die verbonden is aan een slaapcentrum in Nederland.
- Bij klachten ten gevolge van ADHD en PDD-NOS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog.
- De melatonine moet geleverd worden door een apotheekhoudende.

Vergoeding: 100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar bij levering via een andere apotheekhoudende

Art. 21 Orthopedische geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van consulten van een orthopedisch geneeskundige. De consulten bestaan uit de diagnostiek en de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat waarbij geen gebruik wordt gemaakt van operaties.

Voorwaarden:

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts.
- De orthopedisch geneeskundige moet zijn aangesloten bij de Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Vergoeding: 100% met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

Art. 22 Overgangsconsulent

Wij vergoeden het consulttarief van een overgangsconsult.

Voorwaarde:

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC) of voldoen aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

Vergoeding: 75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 23 Patiëntenverenigingen

Wij vergoeden het lidmaatschap tot maximaal € 25,- per lidmaatschap met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 24 Pedicurezorg

24.1 Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met reuma of diabetes.

Voorwaarden:

- De pedicure moet in het bezit zijn van het certificaat 'Diabetische voet' en/of 'Reumatische voet'.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes of reuma.

Vergoeding: 100% met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

24.2 Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met een herseninfarct (CVA).

Voorwaarde:

U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met een herseninfarct (CVA).

Vergoeding: 100%

Art 25 Personenalarmering op medische indicatie

25.1 Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance.

Voorwaarde:

U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) (artikel 30, hulpmiddelen).

Vergoeding: 100%

25.1.1 Alarmeringssysteem via een andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance.

Voorwaarden:

- U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit het [\(Keuze\) Zorg Plan](#) (artikel 30 hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 35,- per kalenderjaar

25.2 Personenalarmering op sociale indicatie/Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance

Wij vergoeden de kosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance.

Voorwaarde:

Wij vergoeden de kosten op grond van een sociale indicatie volgens het protocol van Eurocross Assistance.

Vergoeding: 100%

25.2.1 Personenalarmering op sociale indicatie/Alarmeringssysteem via andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance .

Voorwaarde:

- Wij vergoeden de kosten op grond van een sociale indicatie volgens het protocol van de Eurocross Assistance.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 35,- per kalenderjaar

Art. 26 Plakstrips mammaprothese

Wij vergoeden de kosten van plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.

Vergoeding: 100%

Art. 27 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie Plastische chirurgie (met medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van plastische chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer er sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Vergoeding: 100%

Art. 28 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarden:

- Wij vergoeden de kosten van een podoloog alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.
- De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.

Vergoeding: 100%, met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

Art. 29 (Preventieve) cursussen

Wij geven een tegemoetkoming in de kosten voor de volgende (preventieve) cursussen:

- hartproblemen, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- lymfoedeem, bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus die ten doel heeft zelf een actieve bijdrage te leveren aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd. Een lijst met bevoegde docenten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hun ziekte, georganiseerd door de reuma patiëntenbond of een thuiszorginstelling;
- diabetes type 2 patiënten, basis of vervolg educatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling;
- afvallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling, één van de schriftelijke- en online programma's georganiseerd door Happy Weight of het programma "Sportief afslanken" georganiseerd door onze health Centers;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, I Quit Smoking of een thuiszorginstelling en lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum SMOKE FREE en Lasercentra Noord – Oost Nederland. Voor verzekerden die op grond van de [\(Keuze\) Zorg Plan](#) aanspraak hebben op een stoppen met rokenprogramma geldt deze vergoeding niet;
- de "Vrij van alcohol" training, georganiseerd door De Helderheid;
- basis Reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting;
- EHBO, die opleidt tot het diploma 'Eerste Hulp' van het Oranje Kruis of certificaat 'Eerste Hulp' van het

- Rode Kruis, georganiseerd door:
- de plaatselijke EHBO-vereniging
 - Iedereen EHBO (internetcursus);
 - het Rode Kruis;
- eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging of de internetcursus EHBO bij kinderen van Iedereen EHBO;
 - slaaptherapie, georganiseerd door Somnio. Deze online slaapcursus biedt online professioneel advies en praktische oplossingen om beter te slapen;
 - cursus en/of training valpreventie georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - bewegingsprogramma's voor ouderen georganiseerd door een thuiszorginstelling, het Trainings Instituut voor Gezondheid Revalidatie en Arbeid (TIGRA) of Pim Mulier;
 - geheugentraining georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde:

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

Vergoeding: 75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

Art. 30 Preventieve onderzoeken

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten;
- prostaatkanker;

Tevens vergoeden wij een periodiek algemeen onderzoek (check-up) door een huisarts of medisch specialist tot ten hoogste het tarief van een grote keuring door de huisarts (maximaal één keer per twee jaar).

Voorwaarde:

- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven. Een dergelijke vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatkanker.

Vergoeding: 100%

Art. 31 Psoriasisbehandeling

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een psoriasisdagbehandelingscentrum.

Voorwaarden:

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasisdagbehandelingscentrum overleggen.
- Het psoriasisdagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 32 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde:

De Sportmedische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Vergoeding: maximaal 2x per verzekerde per kalenderjaar

Art. 33 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde:

De Sportmedische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek die wordt uitgevoerd door een sportarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om toegelaten te worden tot een sportopleiding.

Vergoeding: Sportmedisch onderzoek per verzekerde 1x per 2 kalenderjaren:

- Basis: maximaal € 85,-;
- Basis Plus: maximaal € 100,-;
- Groot: maximaal € 135,-

Art. 34 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in:

- de praktijk van een huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

Vergoeding: 100%

Art. 35 Steunpessarium

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium geleverd door een huisarts ter voorkoming of verlichting van een baarmoederverzakking.

Vergoeding: 100%

Art. 36 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen.

Voorwaarde:

De steunzolen moeten zijn geleverd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van podotherapeutische en podologische steunzolen door een podoloog of podoposturaal therapeut.

Vergoeding: 1 paar per kalenderjaar met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

Art. 37 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 18 jaar

Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar door een tandarts, mits de behandeling het gevolg is van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering; de behandeling dient plaats te vinden binnen één jaar na het ongeval.

De vergoeding bedraagt 75% van de wettelijk vastgestelde tarieven (Uniforme Particuliere Tarieven) tot ten hoogste € 200,- per element, tot maximaal € 2.500,- per ongeval

Art. 38 Trans-therapie door neuromodulator (BioStim) en biofeedbackapparatuur (FemiScan)

Wij vergoeden de kosten van huur van de neuromodulator en van de biofeedbackapparatuur voor behandeling van incontinentie.

Vergoeding: 100%

Art. 39 Vakantiehotels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken

Wij geven aan verzekerden die gehandicapt of chronisch ziek zijn een tegemoetkoming in de kosten van een vaar- of hotelvakantie georganiseerd door het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem.

Voorwaarden:

- De vakantiecoördinator van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem voert een intakegesprek met de chronische zieke of gehandicapte en bepaalt aan de hand van de ziekte of de handicap en eerdere deelname of u in aanmerking komt.
- Voor de vaarvakanties wordt gebruik gemaakt van het schip J. Henry Dunant van het Nederlandse Rode Kruis en het schip van de Zonnebloem.
- Voor de hotelvakanties wordt gebruik gemaakt van de hotels van het Nederlandse Rode Kruis.

Vergoeding: vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem. Hotelvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis

Art. 40 Vervoer van zieken

Vervoerskosten

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer wanneer en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer vanuit het [\(Keuze\) Zorg Plan](#).

Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- een ziekenhuis voor poliklinische behandeling of onderzoek op verzoek van een medisch specialist;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- een inrichting waarin u ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Wij vergoeden bij grensoverschrijdend vervoer vanuit Nederland naar België of Duitsland de hiervoor genoemde kosten van zittend ziekenvervoer indien de behandeling op maximaal 55 kilometer vanaf de grens plaatsvindt. Bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling is vergoeding volgens artikel 9.2 mogelijk.

Voorwaarden:

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900 - 230 23 40. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit het [\(Keuze\) Zorg Plan](#), de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.

Vergoeding: taxivervoer: 100%; eigen vervoer € 0,27 per km

Art. 41 Wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij vergoeding van vervoer vanuit het [\(Keuze\) Zorg Plan](#).

Vergoeding: 100%

Art. 42 Zorgregelaar

Wij vergoeden de kosten van de ondersteuning van de Zorgregelaar voor verzekerden met complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en daarmee gepaard gaande regeltaken op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën. Recht op vergoeding geldt zowel voor de verzekerde die voor zichzelf van de Zorgregelaar gebruik maakt als voor de verzekerde die mantelzorger is en de Zorgregelaar inzet ten behoeve van degene voor wie hij zorgt.

Voorwaarden

De diensten Zorgregelaar vallen onder de dekking, voor zover deze niet reeds worden gedekt op grond van de Zorgverzekeringswet, de Wmo of de AWBZ.

De diensten Zorgregelaar moeten worden onderscheiden van de dienstverlening die behoort tot de bestaande zorgplicht van de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor uit hoofde van de Zorgverzekeringswet en/of de AWBZ voor de verzekerde.

Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding dient u contact met ons op te nemen op telefoonnummer 0900 – 55 66 768. In eerste instantie zullen wij uw zorgvragen telefonisch met u in kaart brengen en, indien mogelijk, direct beantwoorden.

Wanneer wij vaststellen dat, in verband met de complexiteit van uw zorgvragen, de behoefte bestaat aan verdergaande ondersteuning zullen wij de Zorgregelaar voor u inschakelen.

De aanspraak op de vergoeding van de Zorgregelaar vangt aan vanaf het moment van inschakeling. Het moment van inschakeling verschilt voor de verzekerde en de mantelzorger. Voor de mantelzorger neemt de vergoeding direct bij inschakeling een aanvang. Voor de verzekerde neemt de vergoeding een aanvang daar waar de ondersteuning verder gaat dan de zorgplicht Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

De Zorgregelaar stelt in samenspraak met u het aantal benodigde uren ondersteuning vast.

Bij ondersteuning in het kader van een persoonsgebonden budget (PGB) AWBZ en/of Wmo worden de uren van de Zorgregelaar pas op grond van dit artikel vergoed indien en voor zover deze de maximale kosten die de budgethouder vanuit het PGB mag gebruiken voor bemiddeling te boven gaan. Verzekerde dient in dit kader contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor. De hoogte van het bedrag dat aan kosten van bemiddeling bij het tot stand brengen van een zorgovereenkomst en de organisatie van de zorgverlening mag worden besteed, kan per zorgkantoor verschillen.

Vergoeding: maximaal 6 uur ondersteuning per persoon per kalenderjaar

Het recht op vergoeding van de hieronder vermelde verzekerde aanspraken bestaat uitsluitend indien deze aanvullende verzekering op het polisblad is aangetekend.

Wij vergoeden bij ziekenhuisopname van een verzekerde van 18 jaar en ouder de kosten van extra comfortvoorzieningen. De comfortvoorzieningen bestaan uit opname in een 1- of 2-persoonskamer en aanvullende comfortservices zoals bijvoorbeeld TV aansluiting, telefoon, krant of tijdschrift of gevulde koelkast met drankjes op de kamer. Wij vergoeden deze kosten niet bij verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis.

De dekking bestaat uit drie vergoedingsmogelijkheden:

▪ **Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij afspraken hebben gemaakt**

Met diverse ziekenhuizen in Nederland zijn afspraken gemaakt over extra comfortvoorzieningen. Wij vergoeden de hiervoor door het ziekenhuis in rekening gebrachte kosten. Indien een 1- of 2-persoonskamer voor u niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde ziekenhuizen voor comfortvoorzieningen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

▪ **Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt**

Wanneer u verblijft in een ziekenhuis in Nederland waar wij géén afspraken mee hebben gemaakt over extra comfortvoorzieningen, heeft u recht op maximaal € 150,- per dag voor de extra kosten voor een 1- of 2-persoonskamer die hiervoor door het ziekenhuis in rekening zijn gebracht. Indien de 1- of 2-persoonskamer voor de verzekerde niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

▪ **Comfortvoorzieningen in een buitenlands ziekenhuis**

Wanneer u in een buitenlandse zorginstelling verblijft en u ondergaat daar een door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij de extra kosten in verband met een 1- of 2-persoonskamer. Wij vergoeden ook de kosten van een eventuele honorariumtoeslag.

Wanneer u in een buitenlandse zorginstelling verblijft en u ondergaat daar een niet door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij maximaal € 70,- per dag van de extra kosten voor een 1- of 2-persoonskamer, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar. Een eventuele honorariumtoeslag komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Indien er sprake is van dagvergoeding in zowel Nederland als in het buitenland geldt een maximale vergoeding van € 4.900,- per kalenderjaar voor opname in Nederland en het buitenland tezamen.

Hoofdstuk 4
Aanvullende verzekeringen Tandartskosten
(T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent)

Wij vergoeden aan verzekerden de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of een tandprotheticus. Voor verzekerden is de vergoeding van de aanvullende verzekering tandheelkunde een aanvulling op de vergoeding uit het [\(Keuze\) Zorg Plan](#).

Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%.

Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.

Een mondhygiëniste kan, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes als T-codes (parodontologische behandelingen) declareren. Wanneer een mondhygiëniste T-codes declareert, dan krijgt u een vergoeding van 75% bij een T Start, T Extra of T Royaal, met inachtneming van totale maximale vergoeding.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75% wanneer u een T Start, T Extra of T Royaal heeft en voor 100% wanneer u een T Excellent heeft.

Behandeling van tandvleesaandoeningen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist.

Vergoedingen: De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen:

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende codes:

- C70 en C75 (keuringsrapporten) en C90 (niet nagekomen afspraak);
- E97, E98 en E00 (uitwendig bleken van tanden en kiezen);
- G71, G72 en G73 (Mandibulair Repositie Apparaat (MRA));
- D-codes (orthodontie);

- Z-codes (abbonementen).

T START

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXTRA

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar

T ROYAAL

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXCELLENT

- 100%
- totale vergoeding is maximaal € 1.150,- per verzekerde per kalenderjaar

Hoofdstuk 5 Servicepakket

Inhoudsopgave

Art. 1 Inleiding

Art. 2 Service

Art. 1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overige service en aanspraken vanuit de verzekeringsovereenkomst beschreven.

Art. 2 Service

A. Verhaalsbijstand en/of juridisch advies

Verhaalsbijstand en/of juridisch advies kan worden verleend bij:

1. het verhalen van door verzekerde geleden letselschade, als gevolg van een ongeval, op een wettelijk aansprakelijke derde of degene die daarvoor naar burgerlijk recht aansprakelijk is.
2. aanspraken op schadevergoedingen jegens aansprakelijke derden zowel op grond van een toerekenbare tekortkoming als op grond van een onrechtmatige daad als gevolg van een medisch handelen.

De verhaalsbijstand wordt verleend door een met Avéro Achmea samenwerkende organisatie en alleen voor gebeurtenissen in Nederland. De betreffende organisatie beoordeelt en bepaalt of, en zo ja in hoeverre, verhaalsbijstand aan verzekerde wordt verleend. De van toepassing zijnde regeling (waar geen rechten aan kunnen worden ontleend) maakt geen deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en wordt desgewenst toegestuurd door Avéro Achmea.

B.

Eurocross Assistance

De verzekerde kan ter zake van ernstige ziekte of een ernstig ongeval voor hulp en advies onmiddellijk voor rekening van Avéro Achmea contact opnemen met Eurocross Assistance, waar Avéro Achmea een overeenkomst mee heeft.

Vergoed worden:

- de kosten van het organiseren van de hulpverlening door Eurocross Assistance;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Eurocross Assistance.

In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met Eurocross Assistance, tel. + 31 713641850.

C. Zorgbemiddeling en zorggarantie

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kunt u een beroep doen op Zorgbemiddeling.

Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op uw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt natuurlijk van de situatie af.

Maar in verreweg de meeste gevallen is Avéro Achmea er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.

Zorggarantie

Voor een groot aantal behandelingen geeft Avéro Achmea een Zorggarantie af. Dit betekent dat voor deze behandelingen wordt gegarandeerd dat binnen vijf werkdagen een eerste consult kan plaatsvinden.

Daarnaast garandeert Avéro Achmea voor deze behandelingen dat binnen 10 werkdagen de behandeling kan plaatsvinden, mits de diagnose van de medisch specialist dit toelaat en er geen andere diagnostiek vereist is.

Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij Avéro Achmea afdeling Zorgbemiddeling.

AANVULLENDE ZIEKENHUIS EXTRA VERZEKERING Verpleging in Nederland: Comfortverpleging of € 70,- per verpleegdag Verpleging in het buitenland: Comfortverpleging of € 70,- per verpleegdag	Hoofdstuk 3
AANVULLENDE VERZEKERINGEN TANDARTSkosten T Start , T Extra , T Royaal en T Excellent	Hoofdstuk 4

SERVICEPAKKET: Verhaalsbijstand/Juridisch advies Eurocross Assistance Zorgbemiddeling en zorggarantie	Hoofdstuk 5 artikel 2, A artikel 2, B artikel 2, C
---	--

HOOFDSTUK 6 **Overzicht Verzekerde Zorg**

	(Keuze) Zorg Plan Hoofdstuk 1	Royaal Hoofdstuk 2
VERZEKERDE ZORG:	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:
Alternatieve geneeswijzen therapieën en geneesmiddelen		1
Alternatieve geneeswijzen en therapieën		1.1
Alternatieve geneesmiddelen		1.2
Bevalling en verloskundige zorg	32	
Bewegen in extra verwarmd water		2
Brillenglazen, contactlenzen of ooglaseren		3
Buitenlanddekking (Keuze) Zorg Plan hoofdstuk 1 artikel 19		
Buitenlanddekking	17	4
Spoedeisende zorg		4.1
Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland		4.2
Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland		43
Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland		44
Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland		4.5
Dialyse	13	
Dieetadvisering	29	
Dieetadvisering/voedingsvoorlichting		5
Ergotherapie	27	
Farmaceutische zorg	25	
Eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)		7
Fysiotherapie, oefentherapie en beweegprogramma's		8
Fysiotherapie en oefentherapie	26	8.1
Beweegprogramma's		8.2
Gasthuis		9
Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname		9.1
Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus		9.2
Griepvaccinatie		10
health Check		11
Herstel en Balans		12
Herstellingsoorden		13
Hospice		14
Huidverzorging		15
Huisartsenzorg	22	
Hulpmiddelen	30	
Apparatuur voor negatieve druktherapie	30.2	
CPM Motorslede	30.2	
Telemonitoring	30.2	
Hulpmiddelen (wettelijke eigen bijdrage)		16
Ketenzorg		
Leefstijltrainingen		17
Logopedie	28	
Loophulpmiddelen		18
Mantelzorgvervanging voor		19

gehandicapten en chronisch zieken		
Melatonine		20
Uitkering bij een ongeval		37
Orthodontie in bijzondere gevallen	42	
Orthopedische geneeskunde		21
Overgangsconsulent		22
Patiëntenverenigingen		23
Pedicurezorg		24
Personalarmering		25
Abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance		25.1
Abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem		25.2
Plakstrips mammaprothese		26
Podotherapie/podologie/Podoposturale therapie		28
Prenatale screening	31	
Counseling	31.1	
Structureel choscopisch Onderzoek (SEO)	31.2	
Combinatietest (nekplooiemeting met bloedonderzoek)	31.3	
(Preventieve) cursussen		29
Preventieve onderzoeken		30
Psoriasisbehandeling (zie ook onderaan dit overzicht)		31
Sportarts		32
Sportmedisch onderzoek		33
Sterilisatie		34
Steunpessarium		35
Steunzolen		36
Stoppen-met-roken-programma	24	
Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	36	
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar – algemeen	37	
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar – uitneembare volledige prothese	38	
Implantaten	39	
Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap	40	
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	41	
Trans-therapie door neuromodulator (BioStim) en biofeedbackapparatuur (FemiScan)		38
Vakantiehotels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken		39
Verpleging (extramuraal)	34	
Vervoer van zieken	35	40
Wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer		41
Zorgregelaar		42
Ziekenhuiszorg en specialistische zorg:		
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, niet-klinisch	11	
Medische specialistische zorg (klinisch)	1	
Medische specialistische zorg	4	

(poliklinisch)		
Medisch specialistische zorg (extramuraal)	5	
Plastische chirurgie/ Cosmetische chirurgie	3	37
Psychiatrische ziekenhuisopname	10	
Psychotherapie	11	
Verpleging (extramuraal)	34	
Zelfstandig behandelcentrum	2	
Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis	1	
Overige Medische specialistische zorg:		
Astma Centrum (Nederlands) te Davos, Zwitserland	16	
Audiologisch centrum	19	
Behandeling van psoriasis	21	
Dyslexiezorg	9	
Eerstelijnspsychologische zorg (eigen bijdrage)	12	6
Erfelijkheidsonderzoek en –advisering	20	
IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	14	
Mechanische beademing	17	
Oncologieonderzoek bij kinderen	15	
Organtransplantaties	7	
Revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum	8	
Second opinion	6	
Trombosedienst	18	

AANVULLENDE ZIEKENHUIS EXTRA VERZEKERING Verpleging in Nederland: Comfortverpleging of € 70,- per verpleegdag Verpleging in het buitenland: Comfortverpleging of € 70,- per verpleegdag	Hoofdstuk 3
AANVULLENDE VERZEKERINGEN TANDARTSkosten T Start , T Extra , T Royaal en T Excellent	Hoofdstuk 4
SERVICEPAKKET: Verhaalsbijstand/Juridisch advies Eurocross Assistance Zorgbemiddeling en zorggarantie	Hoofdstuk 5 artikel 2, A artikel 2, B artikel 2, C