

Voorwaarden en vergoedingen

Principepolis

Inhoudsopgave

Vergoeding	Artikel
Acnébehandeling	39
Adoptieuitkering	25
Achmea Alarmcentrale	67
Alarmeringsapparatuur	22, 3.1, 55
Alternatieve geneeswijzen/therapieën	15
Astmacentrum (Nederlands) te Davos	9
Audiologisch centrum	10
Bevalling	23
Bewakingsapparatuur ter voorkoming wiegendood	54
Brillenglazen of contactlenzen	22, 3.4, 71
Buitenland	27, 28, 65
Buitenland, advies bemiddeling en begeleiding tijdens vakantie in Spanje	70
Buitenland, preventieve vaccinaties	69
Camouflagetherapie	40
Cosmetische chirurgie	38
Daggelduitkering	1
Dagverpleging	1
Elastische kousen	36
Energieverbeteringsprogramma	66
Epilatie behandeling	41
Erfelijkheidsonderzoek	11
Farmaceutische zorg	16
Fitness	73
Fysiotherapie	19
Gasthuizen, overnachting nabij een ziekenhuis (verblijf bij poliklinische behandeling)in ziekenhuis	5
Gasthuizen, verblijf en reiskosten van gezinsleden bij opname verzekerde	5
Gezinshulp	51
Health shop	76
Herstel en Balans, nazorgtraining ex-kankerpatiënten	57
Herstellingsoorden	30, 33
Homeopatische geneesmiddelen	17
Hoortoestel, eigen bijdrage	22.2
Hospice	34
Huisarts	14
Hulpmiddelen	22, 59
Kraampakket	53
Kraamzorg	24
Leefstijltrainingen	63
Leukemieonderzoek bij kinderen	8
Logopedie	20
Manuele lymfedrainage	12
Medisch specialistische zorg, extramuraal	4
Medisch specialistische zorg, klinisch	1
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	3
Nierdialyse	7
Oefentherapie Cesar/mensendieck	19
Oefentherapie in verwarmd water	19.3
On track	75
Ontspanningsarrangementen	74
Ooglaseren (refractiechirurgie)	72
Organtransplantaties	6

Vergoeding	Artikel
Orthodontie	44
Orthodontie, bijzondere gevallen	50
Overgangsconsulent	62
Pedicurezorg	37
Plakstrips mammaprothese	22.3.2
Plaswekker	22.3.3
Podotherapie	35
Preventieve cursussen	61
Preventieve onderzoeken	60
Psoriasisbehandeling	13.1
Psoriasis, huurkosten UV-B lichtbehandeling thuis	13.2
Psychologische zorg	33
Psychotherapie	32
Repatriering	28
Reuma kuurbehandeling	29
Revalidatie, deeltijdbehandeling	18
Second opinion	56
Sportmedisch onderzoek	64
Steunzolen	36
Stottertherapie	21
Tandheelkundige zorg, algemeen	45
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	49
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	48
Tandheelkundige zorg, kronen, bruggen en inlays	45.1
Tandheelkundige zorg, implantaten	46.1
Tandheelkundige zorg, mesostructuur op implantaten	46.2
Tandheelkundige zorg, prothesen	45.2
Tandheelkundige zorg bij ongeval	47
Therapeutische kampen	31
Thuiszorg in plaats van ziekenhuisverpleging	43
Thuiszorg gehandicapten en chronisch zieken	42
Verpleegartikelen, uitleen	58
Vakantiedokter	68
Verloskundige zorg	23
Vervoer van zieken	26, 27.2.1.1.
Voedingsvoorlichting	65
Zelfstandig behandelcentrum	2
Ziekenhuisopname	1
Zorgbemiddeling en zorggarantie	52

Wij beschrijven in deze polisvoorwaarden allereerst de algemene voorwaarden zoals die voor uw ziektekostenverzekering gelden.

Vanaf pagina 9 beschrijven wij in het algemeen de vergoedingen die in de verschillende verzekeringen die door Achmea Zorg worden aangeboden voor kunnen komen. U kunt geen rechten ontleen aan deze algemene opsomming van vergoedingen.

In uw vergoedingenoverzicht staan vervolgens de vergoedingen vermeld waarop u met de door u afgesloten verzekering recht heeft en tot welk bedrag of percentage deze vergoeding reikt.

In het overzicht op de linkerpagina staat schematisch weergegeven in welk artikel en op welke bladzijde u kunt nalezen wat de voorwaarden voor vergoeding zijn.

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u bij ons heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder "Achmea health" (artikelen 52 tot en met 76) heeft u als DVZ verzekerde altijd recht.

Algemene voorwaarden

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van enkele in de voorwaarden gebruikte begrippen.

1.1 Aanvullende (tandheelkundige) verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de basis ziektekostenverzekering.

1.2 Ambulance

Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevalslachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.

1.3 Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.4 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.

1.5 Audiologisch centrum

Een centrum dat audiologische zorg verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten.

1.6 Bijkomende kosten

De neventarieven die door een instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

1.7 Dagverpleging

Bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, voorzienbaar nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg te ondergaan.

1.8 Eerstelijns psycholoog

Een in Nederland gevestigde psycholoog die als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).

1.9 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde overheidsinstantie staat geregistreerd in het kader van de wet BIG.

1.10 Geneeskundig adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

1.11 Gezin

Twee gehuwde personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 25 jaar, waarvoor aanspraak

bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaftrek ingevolge de belastingwetgeving.

1.12 Gezondheidszorg psycholoog

Een in Nederland gevestigde gezondheidszorg psycholoog die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.13 Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.14 Huisarts

Een in Nederland in of nabij uw woonplaats gevestigde arts, die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.15 Hulpmiddel

Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in het Achmea reglement Hulpmiddelen.

1.16 Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.17 Kalenderjaar

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

1.18 Klinisch genetisch centrum

Een instelling voor klinische genetica, die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

1.19 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen wettelijk toegelaten laboratorium.

1.20 Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.21 Medische noodzaak

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

1.22 Medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die voor elk door hem uitgeoefend specialisme staat ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.23 Oefentherapeut

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar / oefentherapeut Mensendieck vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.24 Ongeval

Een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk leed is ontstaan

1.25 Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandartspecialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.

1.26 Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.27 Premie

Het geldbedrag dat u ons periodiek betaalt voor uw verzekering bestaat uit:

Netto premie (ziektkostenverzekering)

Dit is het gedeelte van de premie dat u betaalt voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.

Wettelijke bijdragen

De krachtens de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) door u wettelijk verschuldigde bijdragen, waarvan de hoogte jaarlijks wordt vastgesteld door de overheid.

Bijzondere bijdragen

Indien u buiten Nederland woonachtig bent, betaalt u in sommige gevallen extra bijdragen. De hoogte van deze bijdragen wordt bepaald door voor u geldende wettelijke regelingen of bepalingen.

1.28 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

1.29 StandaardPakketPolis

De ziektekostenverzekering die wij op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) onder bepaalde omstandigheden verplicht zijn aan te bieden.

1.30 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.31 Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

1.32 Terrorismeschade

Schade als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme.

1.33 U/uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering met ons is aangegaan.

1.34 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.35 Wet BIG

De Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

1.36 Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V. de verzekeraar van DVZ Zorgverzekeringen.

1.37 Zelfstandig behandelcentrum

Een in Nederland gevestigde inrichting die als zelfstandig behandelcentrum door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor onderzoek en behandeling van zieken.

1.38 Ziekenhuis

Een in Nederland gevestigde inrichting die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Ook wordt hieronder verstaan het Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland).

1.39 Ziekenhuisverpleging

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

1.40 Ziektekostenverzekering

De door u bij ons gesloten privaatrechtelijke verzekering tegen ziektekosten, waarvoor wij het risico dragen.

1.41 Zorgverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die u de medische zorg verleent die in dit artikel is beschreven. Onder zorgverlener verstaan wij tevens een leverancier van hulpmiddelen en voedings- en verbandmiddelen.

Artikel 2 Aanmelding

In dit artikel vindt u informatie over de regels die voor u gelden bij inschrijving in de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.

2.1 Ziektekostenverzekering en aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

- 2.1.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te ondertekenen.
- 2.1.2 Wanneer u (verzekeringnemer) tijdens de aanvraagprocedure zaken verzwijgt of onze vragen onjuist of onvolledig beantwoordt, kunnen wij ons op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst beroepen.
- 2.1.3 Het aanvraagformulier en de tijdens een eventuele medische keuring verstrekte gegevens maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst.
- 2.1.4 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij DVZ Zorgverzekeringen, Postbus 31800 2200 GX Noordwijk.
- 2.1.5 U (verzekeringnemer) hoeft geen aanvraagformulier in te vullen voor kinderen die tijdens de looptijd van de verzekering geboren zijn. Voorwaarde is dat u uw kind(eren) binnen twee

maanden na de datum van geboorte bij ons aanmeldt.

De inschrijving in de verzekering vindt dan plaats per de datum van de geboorte.

Voor adoptiekinderen, waarbij het voornemen bestaat om blijvend in het gezin te worden opgenomen, dient vooraf een verklaring te worden overlegd.

- 2.1.6 U (verzekeringnemer) bent verplicht alle gezinsleden voor dezelfde verzekering(en) aan te melden. Na de totstandkoming moet(en) de verzekering(en) blijven gelden voor alle gezinsleden. Het voorgaande geldt niet voor gezinsleden die:
- beroepsmilitair zijn;
 - verplicht bij een ziekenfonds verzekerd zijn;
 - bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
 - op een (Studenten)Standaard(Pakket)Polis verzekerd zijn.
- 2.1.7 De verplichting om alle gezinsleden voor dezelfde verzekering aan te melden, zoals beschreven in artikel 2.1.6, is niet van toepassing voor de aanvullende tweede klassenverzekering en de aanvullende tandheelkundige verzekeringen.
- 2.1.8 Voor alleenstaanden jonger dan 18 jaar wordt de premie van 18-jarigen berekend.
- 2.1.9 De verzekering van studerende kinderen, die volgens een wettelijke bepaling anders verzekerd zijn wordt per 1^e van de daarop volgende kalendermaand beëindigd. Na beëindiging van de andere verzekering kunnen zij weer meeverzekerd worden tegen de geldende voorwaarden.
- 2.1.10 Voor personen, die bij toetreding en/of wijziging van de polis de leeftijd van 50 jaar reeds hebben bereikt, geldt een premietoeslag.
- 2.1.11 De aanvraag tot verzekering wordt niet geaccepteerd, indien deze wordt aangevraagd met het doel om voor langere tijd buiten Nederland te verblijven.

2.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

- 2.2.1 Bij het afsluiten van een ziektekostenverzekering toetsen wij automatisch uw AWBZ-gerechtigdheid. Als u niet voldoet aan de voorwaarden die in deze wet zijn gesteld, krijgt u van ons daarover schriftelijk bericht. Voor verstrekkingen vanuit de AWBZ kunt u zich wenden tot het Zorgkantoor bij u in de regio.
- 2.2.2 Als u voldoet aan de voorwaarden die zijn gesteld in de AWBZ, geldt uw polisblad tevens als bewijs van inschrijving voor de AWBZ.

Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering

In dit artikel vindt u informatie over:

- de ingangsdatum en de duur van uw verzekering;
- het einde van uw verzekering.

3.1 Ingangsdatum en duur van uw verzekering

- 3.1.1 Uw verzekering gaat in op de datum, die op uw polisblad als ingangsdatum staat vermeld.
- 3.1.2 Uw verzekering is één kalenderjaar geldig.
Wanneer uw verzekering na 1 januari ingaat, geldt uw verzekering tot en met 31 december van het daarop volgende jaar.
- 3.1.3 Uw verzekering wordt automatisch telkens met één kalenderjaar verlengd.
- 3.1.4 U kunt een reeds bij ons lopende verzekering uitbreiden met aanvullende verzekeringen. Uitbreiding vindt alleen plaats nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan en alleen na een medische beoordeling.
- 3.1.5 Een bij ons lopende ziektekostenverzekering kunt u wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar, en dan alleen na medische beoordeling en schriftelijke bevestiging van ons.

3.2 Einde van uw verzekering

- 3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen:
- door voor 1 december schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
 - door ons binnen 30 dagen nadat een wijziging door ons bekend is gemaakt schriftelijk mede te delen dat u weigert akkoord te gaan met een verhoging van de premie en/of een beperking van de voorwaarden op grond van artikel 11. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- 3.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen door ons schriftelijk te berichten dat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd moet worden.
- U moet een kopie van het inschrijvingsbewijs van uw nieuwe verzekering meesturen.
 - Wij beëindigen uw verzekering per de afgiftedatum van het bewijs van inschrijving van het ziekenfonds, maar nooit eerder dan de ingangsdatum van de verplichte verzekering. Bij inschrijving in een publiekrechtelijke verzekering beëindigen wij uw verzekering per ingangsdatum van die verzekering.
 - Wanneer u uw verzekering beëindigt, bevestigen wij dit schriftelijk.
 - Wanneer wij het bewijs van inschrijving later ontvangen dan 60 dagen nadat het door het ziekenfonds of de publiekrechtelijke verzekering is afgegeven, beëindigen wij uw verzekering per de datum dat wij het bewijs van inschrijving hebben ontvangen.
- 3.2.3 Wij mogen uw verzekering beëindigen:
- wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet zijn betaald;
 - wanneer u zich permanent in het buitenland vestigt;
 - bij aangetoonde fraude;
 - bij overlijden.
- Wanneer wij uw verzekering beëindigen, delen wij u dit schriftelijk mede.
- 3.2.4 Uw verzekering eindigt met ingang van de eerste van de maand waarin u de 65-jarige leeftijd bereikt. Wij verzekeren u aansluitend op de StandaardPakketPolis.

Artikel 4 Verplichtingen van de verzekerde

In dit artikel vindt u informatie over de verplichtingen die u heeft wanneer u bij ons een verzekering heeft afgesloten.

- 4.1 U bent verplicht al het mogelijke te doen om ons of onze geneeskundig adviseur de gewenste inlichtingen te verschaffen.
- 4.2 Wanneer sprake is van gemaakte kosten door toedoen van een aansprakelijke derde, bent u verplicht ons zo goed mogelijk te helpen bij het krijgen van een schadevergoeding van deze aansprakelijke derde. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u geen regeling (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
- 4.3 Wanneer onze belangen worden geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt, verliest u uw recht op vergoeding van kosten.

- 4.4 U bent verplicht wijzigingen die van belang zijn voor de rechten en de plichten uit de verzekering binnen twee maanden schriftelijk aan ons te melden. Zulke wijzigingen zijn onder andere:
- verhuizing;
 - vestiging in het buitenland;
 - geboorte;
 - komst van een stief-, pleeg- of adoptiekind in uw gezin;
 - overlijden;
 - huwelijk of beëindiging daarvan;
 - wijziging van (post)banknummer;
 - toetreding tot een verplichte verzekering;
 - beëindiging studie.

Wanneer u deze wijzigingen niet binnen twee maanden aan ons meldt, gaan de wijzigingen pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum.

- 4.5 Wij mogen er van uitgaan dat mededelingen u hebben bereikt wanneer ze naar uw laatst bekende adres zijn verzonden.

Artikel 5 Vergoedingen

In dit artikel vindt u informatie over:

- de uitbetaling van de vergoedingen;
- de voorwaarden voor vergoeding;
- uit welke verzekering wij de kosten vergoeden;
- de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten.

5.1 Uitbetaling van de vergoedingen

- 5.1.1 Wij vergoeden de door u gemaakte kosten rechtstreeks aan u, tenzij wij met de zorgverlener een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook via het declaratieformulier aangeven dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener kunnen vergoeden.
- 5.1.2 Zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten declareren de aan u verleende zorg rechtstreeks bij ons. Dit betekent dat u geen nota meer ontvangt van uw zorgverlener.
- 5.1.3 Wanneer wij de door u gemaakte kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, betalen wij aan sommige zorgverleners het volledige bedrag van de declaratie inclusief het openstaande eigen risico en de eigen bijdragen. In dat geval bent u (verzekeringnemer) verplicht het bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen alsnog aan ons te betalen. Indien mogelijk verrekenen wij het bedrag dat u aan ons moet betalen met de ziektekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen.

Wanneer u (verzekeringnemer) dit bedrag niet tijdig aan ons betaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente. Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor uw (verzekeringnemer) rekening. Deze kosten bedragen minimaal 15% van het verschuldigde bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen. Wij vergoeden uw medische kosten pas weer op het moment dat het volledige bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen door u is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van het volledige verschuldigde bedrag zijn gemaakt.

- 5.1.4 Om het rechtstreeks declareren door zorgverleners bij ons mogelijk te maken, verstrekken wij uw zorgverlener bepaalde gegevens. Het gaat hierbij om N.A.W. (naam, adres, woonplaats)-gegevens, geboortedatum en een omschrijving van de soort verzekering, waaronder de dekking. De zorgverlener gebruikt de aan hem verstrekte gegevens voor geen ander doel dan het kunnen vaststellen bij welke zorgverzekeraar de desbetreffende nota(s) kunnen worden ingediend.

5.2 Voorwaarden voor vergoeding

- 5.2.1 Wij vergoeden uitsluitend kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.
- 5.2.2 De datum waarop de zorg is verleend, is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.
- 5.2.3 U bent verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.
- 5.2.4 Nota's die wij (gedeeltelijk) vergoeden of verrekenen met het eigen risico blijven in ons bezit.
- 5.2.5 U bent verplicht de nota's zo spoedig mogelijk aan ons toe te sturen, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Indien u dit niet doet, vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 5.2.6 Wij vergoeden de medische kosten op basis van het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken. Wanneer er geen tarief is afgesproken vergoeden wij de kosten op basis van het rechtsgeldige tarief.
- 5.2.7 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, tenzij anders bepaald.

5.3 Welke verzekering vergoedt

Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:

- de ziektekostenverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.

5.4 Vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten

- 5.4.1 Wanneer uw tijdelijke verblijf in het buitenland mede bedoeld is om daar medisch behandeld te worden, vergoeden wij deze behandeling alleen wanneer wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven. Wij vergoeden alleen medisch noodzakelijke zorg die bij uw vertrek naar het buitenland niet te voorzien was en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- 5.4.2 Wij vergoeden de door u gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners aan u in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

5.5 Samenloop

Indien u - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In zo'n geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken.

Artikel 6 Uitsluitingen

In dit artikel vindt u informatie over de kosten die wij niet vergoeden.

- 6.1 Wij vergoeden geen kosten :
- van behandelingen die leiden tot het afbreken van de zwangerschap;
 - van vrijwillige sterilisatie en het ongedaan maken hiervan;
 - die verband houden met kunstmatige bevruchting (in vitro fertilisatie of andere technieken).
- 6.2 Wij vergoeden geen kosten van hulp bij vrijwillige euthanasie.
- 6.3 Wij vergoeden geen kosten van cosmetische, plastische chirurgie.
- 6.4 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met een ziekte of afwijking die u al had, en waarmee u al bekend was

of waarvan u al klachten ondervond voordat u bij ons een verzekering afsloot, terwijl u die niet op het aanvraagformulier heeft vermeld. Dit geldt ook bij uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse.

- 6.5 Wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio-actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij.
- 6.6 Wij vergoeden geen kosten van eigen bijdragen krachtens de AWBZ, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- 6.7 Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van attesten, vaccinaties en zwangerschapstesten.
- 6.8 Wij vergoeden geen kosten van psychiatrische zorg.

Artikel 7 Terrorisme

De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts tot de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Deze clausule en het bijbehorend Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Artikel 8 Eigen risico

In dit artikel vindt u informatie over de regels met betrekking tot het eigen risico.

- 8.1 Het eigen risico is alleen van toepassing op de ziektekostenverzekering en niet op de aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen.
- 8.2 Het eigen risico geldt voor één kalenderjaar en is afhankelijk van de gezinssamenstelling.
- 8.3 Wanneer uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 8.4 Beëindiging van uw verzekering in de loop van het kalenderjaar heeft geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar, tenzij uw verzekering in de loop van het kalenderjaar eindigt en wij u aansluitend op de StandaardPakketPolis verzekeren.
Het eigen risico wordt in dit geval voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 8.5 Wanneer de samenstelling van uw gezin in de loop van het kalenderjaar wijzigt, heeft dit geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar.
- 8.6 Wij vergoeden uitsluitend de ziektekosten die boven het bedrag van het eigen risico uit komen.
Het eigen risico is ook van toepassing op gemaximeerde vergoedingen.

8.7 Wijziging eigen risico

- 8.7.1 U kunt uw eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen.
- 8.7.2 Een verlaging van het eigen risico is pas mogelijk wanneer wij er, na een medische beoordeling, mee akkoord gaan.

Artikel 9 Premie

In dit artikel vindt u informatie over:

- de hoogte van de premie en de wettelijke bijdragen voor de ziektekostenverzekering;
- het betalen van de premie;
- de gevolgen van niet-tijdige betaling/betalingsachterstand;
- wat er met de premie gebeurt wanneer uw verzekering eindigt of wijzigt.

9.1 Hoogte van de premie

- 9.1.1 Op uw polisblad vindt u de hoogte van de premie voor de ziektekostenverzekering, de aanvullende (tandheeskundige) verzekering en de wettelijke bijdragen.
- 9.1.2 Wij stellen de hoogte van de premie voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen vast. De hoogte van de premie is afhankelijk van uw gezinssamenstelling, de hoogte van het eigen risico, de regio waarin u woont en uw leeftijd. Indien de premie hoger wordt doordat u na de 1^e van de maand een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand daaropvolgend. Wijzigt uw leeftijd per de 1^e van de maand, dan wijzigt de premie per de 1^e van de desbetreffende maand. Bij het bereiken van de 20- en 65-jarige leeftijd wijzigen de wettelijke bijdragen per de eerste van de maand waarin u deze leeftijdsgrens overschrijdt.

9.2 Het betalen van de premie

- 9.2.1 U bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 9.2.2 Wij brengen de ontvangen premie altijd eerst in mindering op de langst openstaande premievordering.
- 9.2.3 U mag geen premie verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.

9.3 Niet-tijdige betaling

- 9.3.1 Wanneer u de premie niet tijdig betaalt, vervalt uw aanspraak op vergoedingen uit de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheeskundige) verzekering vanaf de premievervaldag. U heeft pas weer recht op vergoeding van medische kosten op het moment dat de volledige achterstallige premie is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van de volledige achterstallige premie zijn gemaakt en die niet te verwachten waren.
- 9.3.2 U blijft verplicht achterstallige premie te betalen. Deze verplichting geldt ook indien de betaling van de premie door een derde plaatsvindt.
- 9.3.3 Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met de ziektekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen.
- 9.3.4 Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie met de ziektekosten te verrekenen, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente.
- 9.3.5 Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, voor uw rekening.

9.4 Premiebetaling bij begin, wijziging of einde van de verzekering

- 9.4.1 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste dag van een maand ingaat, betaalt u premie per de ingangsdatum van de verzekering.
- 9.4.2 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste van de maand eindigt, heeft dit gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie per de beëindigingsdatum.
- 9.4.3 Wanneer u de premie vooruit heeft betaald en de verzekering eindigt omdat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd wordt, betalen wij het te veel betaalde bedrag terug tot de dag dat u wordt uitgeschreven. Indien u recht heeft op teruggave van dubbel betaalde premie (particulier én ziekenfonds), betaalt het ziekenfonds de particuliere premie aan u terug.

9.5 Aantal premieplichtige kinderen

- 9.5.1 Voor de Principepolis geldt, dat als de kinderen de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt, voor maximaal 3 kinderen premie verschuldigd is. Voor de berekening van de premie van het maximum aantal premieplichtige kinderen, geldt de leeftijd

van de oudste(n) die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft/ hebben bereikt. Studerende kinderen die dagonderwijs volgen en de leeftijd van 25 jaar nog niet hebben bereikt, betalen dezelfde premie als die voor een kind.

Artikel 10 Vrije keuze van zorgverleners

U bent vrij in de keuze van zorgverlener. Wij hebben echter voor bepaalde medische zorg afspraken met zorgverleners gemaakt dat zij u mogen behandelen tegen een vastgestelde prijs. Wilt u hiervan gebruik maken dan bent u verplicht gebruik te maken van de diensten van deze zorgverleners. Wij zullen bij de betreffende vergoeding vermelden als hier sprake van is. Desgevraagd informeren wij u over de namen en adressen van deze personen en instanties. Indien u toch gebruik wenst te maken van andere zorgverleners waar wij geen afspraken mee gemaakt hebben, kan de vergoeding lager zijn. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen.

Artikel 11 Wijziging van premie en/of voorwaarden

In dit artikel vindt u informatie over:

- op wie een wijziging van de premie en/of voorwaarden van toepassing is;
- wat u kunt doen wanneer u niet akkoord gaat met een wijziging;
- wanneer u een wijziging niet mag weigeren.

- 11.1 Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.
- 11.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- 11.3 Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit schriftelijk 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.
- 11.4 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 of doordat u verhuist naar een andere regio.

Artikel 12 Uitzondering collectieve ziektekosten

Dit artikel is alleen van toepassing als uw verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve ziektekostenovereenkomst die uw werkgever met ons is overeengekomen.

De inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst maakt deel uit van de verzekering. Bij strijdigheid tussen de inhoud van de algemene voorwaarden en de inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst zal de inhoud van de collectieve overeenkomst prevaleren.

Artikel 13 Geschillen/klachten

In dit artikel vindt u informatie over de procedures die u kunt volgen bij geschillen/klachten die voortvloeien uit:

- de ziektekostenverzekering;
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering;
- het vaststellen van de AWBZ-gerechtigdheid.

- 13.1 Geschillenregeling voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering
Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met

betrekking tot uw verzekering kunt u de kwestie, bij voorkeur zo spoedig mogelijk, schriftelijk, telefonisch, via internet of mail aan ons voorleggen. Hieronder wordt stapsgewijs aangegeven welke mogelijkheden u heeft.

Stap 1: Uitvoerende afdeling

U moet uw vraag altijd eerst richten aan de afdeling van wie u de beslissing heeft ontvangen.

Stap 2: Klachtenbureau

Heeft u van de uitvoerende afdeling een antwoord ontvangen en bent u het daar niet mee eens, dan kunt u een brief sturen naar ons klachtenbureau.

Dit klachtenbureau handelt namens de directie.

Onze klachtencoördinatoren zullen uw vraag opnieuw beoordelen en u schriftelijk informeren over onze beslissing.

Stap 3: Ombudsman Zorgverzekeringen

U kunt uw vraag ook voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Dit is een onafhankelijke, externe instantie, die bemiddelt bij geschillen tussen zorgverzekeraars en verzekerden.

13.2 AWBZ-gerechtigdheid

Bij een geschil over uw inschrijving als AWBZ-verzekerde kunt u binnen zes weken nadat het geschil is ontstaan een bezwaarschrift indienen bij onze directie. Van de beslissing van de directie wordt u schriftelijk op de hoogte gesteld. Wanneer u het niet eens bent met deze beslissing, dan kunt u in beroep gaan bij de rechtbank. De beslissing op bezwaar vermeldt de naam en het adres van de rechtbank en de termijn waarbinnen u in beroep moet gaan.

Artikel 14 Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar. Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken gegeven.

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat verzekeraar:

- a. aangifte doet bij de politie;
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigt;
- c. registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- d. uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvordert.

Vergoedingen

Principepolis

DVZ werkt bij identiteitsgebonden zorg samen met zorgverleners die handelen vanuit eerbied voor het leven. Die zorgverleners zijn vaak moeilijk te vinden. Met de DVZ Zorglijn helpen we de juiste zorg dichterbij te brengen. Denk bijvoorbeeld aan thuiszorg en psychologische hulp, aan palliatieve en terminale zorg. De Zorglijn is op werkdagen bereikbaar van 9.00 uur tot 17.00 uur. Het telefoonnummer is (071) 40 26 623.

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

1.1 Algemeen

Wij vergoeden:

- de verpleegkosten, op basis van de derde klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- het honorarium voor medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de (eventueel) bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste drie weken van tevoren goedkeuring vragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
 - Voor een aantal behandelingen moet u van tevoren contact met ons opnemen. Hiervoor kan een eigen bijdrage van toepassing zijn als u kiest voor niet door ons gecontracteerde zorg.
 - Liesbreuk
 - Spataderen
 - Keel/Neusamandelen
 - Borstverkleining met medische indicatie
 - Staaroperatie
 - Herniabehandeling
 - Heupoperatie (i.v.m. artrose)
 - Knieoperatie (i.v.m. artrose)
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.

1.2 Tweede klassenverzekering

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert. U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering 2B. Bent u klasse 2B verzekerd en wordt u opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vergoeden wij de kosten volgens de tarieven van die tweede klasse.

1.2.1 Daggelduitkering

Indien de tweede klassenverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij een bedrag per dag dat u bent opgenomen in die klasse per kalenderjaar. Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding moet u contact met ons opnemen. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

1.2.2. Buitenland

1.2.2.1 Gecontracteerde zorg

Indien u wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een door ons gecontracteerde medische behandeling, vergoeden wij de extra kosten in verband met een klassenkamer.

1.2.2.2. Niet gecontracteerde zorg

Indien u wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een niet door ons gecontracteerde medische behandeling, vergoeden wij een gedeelte van de extra kosten in verband met een klassenkamer.

Artikel 2 Zelfstandig behandelcentrum

Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de (eventueel) bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 3 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist of kaakchirurg;
- de (eventueel) bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

Artikel 4 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Wij vergoeden de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden het honorarium van de medisch specialist.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 5 Kosten van overnachting en vervoer bij ziekenhuisopname

Overnachting en vervoer

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis, vergoeden wij:

- de kosten van overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis, indien u een poliklinische behandelcyclus ondergaat;
- de overnachtingskosten van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis met ingang van en vanaf de 15^e opnamedag;
- een kilometervergoeding bij de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto van en naar het ziekenhuis met ingang van en vanaf de 15^e opnamedag.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Kijk in uw vergoedingsoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.

Artikel 6 Orgaantransplantaties

Wij vergoeden:

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefselyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting;
- de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;
- de kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste 3 maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten van de donor mits de behandeling een rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van de transplantatie.

Artikel 7 Nierdialyse

Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, nierdialysecentrum of bij u thuis. Daarnaast kunnen wij bij thuisdialyse vergoeden:

- de kosten van voor de dialyse noodzakelijke bouwkundige voorzieningen aan uw woning;
- de kosten van inrichting van een ruimte in uw woning tot dialysevertrek;
- de kosten van bijkomende stroomvoorziening.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een begroting van de kosten overleggen.
- Wij vergoeden de bouwkundige kosten tenzij u krachtens een wettelijke regeling een vergoeding kunt krijgen.

Artikel 8 Leukemieonderzoek bij kinderen

Wij vergoeden de door Skion (Stichting Kinderoncologie Nederland) gedeclareerde kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Artikel 9 Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland)

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos, indien een soortgelijke behandeling in Nederland zonder succes heeft plaatsgehad en wij de behandeling in Davos doelmatig achten.

Artikel 10 Audiologisch centrum

Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Artikel 11 Erfelijkheidsonderzoek

Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek in een klinisch genetisch centrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.
- De ernst van de (verwachte) aandoening of afwijking alsmede het ontbreken van andere mogelijkheden om tot een diagnose te komen, moeten dit onderzoek noodzakelijk maken.

Artikel 12 Manuele lymfedrainage

Wij vergoeden de kosten van manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Artikel 13 Behandeling van psoriasis

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis

13.1 in een psoriasisdagbehandelingscentrum.

Of

13.2 door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis.

Wij vergoeden in dat geval de kosten van de huur van de benodigde apparatuur.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

Artikel 14 Huisarts

Wij vergoeden:

- de kosten van zorg verleend door een huisarts;
- de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de laboratoriumkosten alleen wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

Artikel 15 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van zorg door een arts voor:

- homeopathie (tevens een klassiek homeopaat);
- flebologie;
- proctologie;
- natuurgeneeswijzen;
- moermantherapie;
- manuele therapie;
- acupunctuur (tevens een tandarts-acupuncturist);
- enzymtherapie.

Tevens vergoeden wij een:

- chiropractor;
- osteopaat.

Artikel 16 Farmaceutische zorg

16.1 algemeen

Wij vergoeden de kosten van:

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd; er bestaat een limitatieve lijst en voor vergoeding van sommige geneesmiddelen van die lijst moeten wij u goedkeuring verlenen;
- dieetpreparaten, indien er sprake is van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis, een ernstige voedselallergie, ernstig chronisch obstructief longlijden, ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen waardoor sprake is van een dreigende groeiachterstand;

Kijk in uw vergoedingsoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.

- verbandmiddelen, indien er sprake is van een ernstige aandoening en langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is; overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij slechts tot de vergoedingslimiet.

Voorwaarden voor vergoeding

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De kosten van apotheekbereidingen vergoeden wij alleen wanneer er sprake is van rationele geneesmiddelentherapie.
- De kosten van dieetpreparaten vergoeden wij alleen wanneer wij vooraf onze goedkeuring hebben verleend.

16.2 Bovenlimiet

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de ziektekostenverzekering.

Artikel 17 Homeopathische geneesmiddelen

- Wij vergoeden de kosten van homeopathische geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten wettelijk geregistreerd staan in de Homeopathie vergoedingslijst Z.index als homeopathisch geneesmiddel.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een door ons gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Artikel 18 Revalidatiedeeltijd behandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de (eventueel) bijkomende kosten.
- de revalidatie behandeluren (R.B.U.)

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.

Artikel 19 Fysiotherapie en oefentherapie

19.1 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut of door een door ons gecontracteerde oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie

Cesar/Mensendieck zoals die door Ministerie van VWS is vastgesteld. De regeling maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

Uitsluitingen

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt.
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

19.2 Niet chronische aandoeningen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een door ons gecontracteerde oefentherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

19.3 Oefentherapie in verwarmd water

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma en de ziekte van Bechterew de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water.

Voorwaarde voor vergoeding

De oefentherapie moet in groepsverband en onder leiding van een gediplomeerd fysiotherapeut of door een door ons gecontracteerde oefentherapeut plaatsvinden.

Artikel 20 Logopedie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde logopedist.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.

Uitsluiting

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van anderstaligheid.

Kijk in uw vergoedingsoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.

Artikel 21 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdörfermethode van het Instituut Natuurlijk Spreken te Deurningen;
- volgens de BOMA-methode in het instituut "De Pauw" te Harlingen.
- in de hierna genoemde stottercentra:
 - Stottercentrum Bloemendaal;
 - Stottercentrum Gouda;
 - Stottercentrum 's Hertogenbosch;
 - Stottercentrum Rijnland te Leiden en Oegstgeest;
 - Stottercentrum Zutphen;
 - Stottercentrum Zwolle.

Artikel 22 Hulpmiddelen

22.1 Algemeen

Wij vergoeden de kosten van:

- aanschaf van hulpmiddelen; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
- hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen; overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen. Het Achmea reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Wij vergoeden tevens de kosten van huur van een elektrische motorslede, ter bevordering van het bewegingsvermogen na een operatieve ingreep in een gewricht.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een door ons gecontracteerde leverancier. In de bijlage van het Achmea reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Voor alle hulpmiddelen dient u zich te wenden tot een door ons gecontracteerde leverancier. Informatie over het hulpmiddel en een overzicht van de door ons gecontracteerde leveranciers in uw omgeving kunt u bij ons opvragen.
- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximering of een gebruiksnorm.

22.2 Eigen Bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van het Achmea reglement Hulpmiddelen. Hierbij gelden voor de volgende hulpmiddelen de volgende beperkingen:

- De vergoeding die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een pruik vullen wij aan tot een maximum bedrag;
- De eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel voorzien van een afstandsbediening vergoeden wij, op medische indicatie en na onze voorafgaande toestemming per apparaat tot een maximum bedrag;
- Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (besparingsbijdrage) die u verschuldigd bent bij de aanschaf van semi-orthopedisch schoeisel, orthopedische maatschoeisel en allergeenvrije schoenen.

22.3 Overige hulpmiddelen

22.3.1 Alarmeringssystemen

Wij vergoeden de kosten van alarmcentrale Eurocross in verband met het gebruik van een alarmeringssysteem

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding van installatie- en huurkosten vanuit het Achmea reglement Hulpmiddelen.

22.3.2 Plakstrips mamaprothesen

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

22.3.3 Plaswekker

Wij vergoeden de kosten van een plaswekker.

22.3.4 Brillenglazen of contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen of contactlenzen.

Artikel 23 Bevalling en verloskundige zorg

Wij vergoeden de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting.

Artikel 24 Kraamzorg

- 24.1** Bij een bevalling ontvangt de vrouwelijke verzekerde van ons gedurende de eerste 8 dagen na de dag van de bevalling een tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg. De hoogte van de tegemoetkoming is afhankelijk van de plaats waar het kraambed plaatsvindt.

Voor de dagen dat het kraambed op medische indicatie in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt worden de verpleeg- en bijkomende kosten voor de verzekerde moeder en het verzekerde kind volledig vergoed.

- 24.2** Als u in een ziekenhuis of kraaminrichting wordt opgenomen, vergoeden wij de verpleeg- en bijkomende kosten voor verzekerde moeder en kind, mits voor de opname een medische indicatie aanwezig is. Brengt het ziekenhuis minder dan 8 opnamedagen in rekening dan ontvangt u van ons voor elke minder in rekening gebrachte dag, gerekend vanaf de dag na de bevalling, 1/8 deel van de geboorteutkering.
- 24.3** Wanneer een meeverzekerd kind in verband met borstvoeding bij de verzekerde moeder in het ziekenhuis verblijft, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed tot het kind de leeftijd van drie maanden heeft bereikt, indien en zolang wij voor de moeder vergoeding van verpleegkosten zijn verschuldigd.

Artikel 25 Adoptie-uitkering

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de verzekering wettig zijn geadopteerd, zijn bijgeschreven in uw ziektekostenverzekering, krijgt u van ons een eenmalige uitkering.

Kijk in uw vergoedingsoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.

Artikel 26 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer indien en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per

- ambulance;
- door ons gecontracteerd taxivoer of verlenen een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto zowel naar als van:
 - een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
 - de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
 - een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.
- De Vervoerslijn indiceert of en via welke vorm van vervoer de kosten vergoed kunnen worden. Informatie over ziekenvervoer vindt u in onze brochure ziekenvervoer die wij u op aanvraag toesturen.

Artikel 27 Buitenland

27.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg en tandheelkundige noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Tandheelkundige zorg wordt slechts door ons vergoed indien u een aanvullende tandheelkundige verzekering heeft. De kosten vallen dan onder deze tandheelkundige verzekering.

27.2 Niet spoedeisende zorg

27.2.1 Niet spoedeisende gecontracteerde zorg

Wij vergoeden de kosten van niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling indien wij deze zorg met die instelling hebben gecontracteerd.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet van tevoren contact opnemen met ons.
- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- De voorwaarden zoals die voor vergoeding in Nederland gelden, zoals bijvoorbeeld de noodzaak van vooraf door ons verleende toestemming, blijven van kracht.

27.2.1.1 Niet spoedeisende gecontracteerde zorg, vervoerskosten
Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van en naar door ons gecontracteerde zorg in een buitenlandse

zorginstelling. De kosten van vervoer per ambulance en door ons gecontracteerd taxivoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij volledig. Bij vervoer per eigen auto verlenen wij een kilometervergoeding.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- U moet van tevoren contact opnemen met ons.

27.2.1.2 Niet spoedeisende gecontracteerde zorg, overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden

Wanneer u voor gecontracteerde zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling vergoeden wij voor uw gezinsleden:

- de overnachtingskosten in een in nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis met ingang van en vanaf de 15e opnamedag.
- een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- U moet van tevoren contact opnemen met ons.

27.2.2 Niet spoedeisende zorg niet gecontracteerd.

Wij vergoeden de kosten van niet spoedeisende medische zorg in een niet gecontracteerde buitenlandse zorginstelling.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- De voorwaarden zoals die voor vergoeding in Nederland gelden, zoals bijvoorbeeld de noodzaak van vooraf door ons verleende toestemming, blijven van kracht.

Artikel 28 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen na vooraf verleende goedkeuring via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Artikel 29 Reuma kuurbehandelingen

Wij geven een tegemoetkoming in de kosten van door Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreizen voor verzekerden met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, te weten de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is onder meer afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundig adviseur van Interkuur.

Kijk in uw vergoedingsoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.

Artikel 30 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van opname in door ons gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 31 Therapeutische kampen

31.1 Therapeutisch kamp voor kinderen tot 18

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp.

31.2 Therapeutisch kamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn en niet in een AWBZ-instelling verblijven de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp.

Uitsluiting:

Wij vergoeden geen kosten van verblijf in kampen, die georganiseerd of verzorgd worden door instellingen waar men een dag of een dagdeel verblijft.

Artikel 32 Psychotherapie

Eigen bijdragen psychotherapie

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u moet betalen voor de behandelingen psychotherapie die u uit de AWBZ vergoed krijgt.

Artikel 33 Kortdurende psychologische zorg

Steeds meer mensen in Nederland doen een beroep op de zgn. psychosociale hulpverlening. Juist op dit terrein speelt de identiteit van de betrokken persoon een belangrijke rol. DVZ wil daarom ruimte bieden aan psychosociale hulpverlening die én deskundig is én aansluit bij de leefwereld en de christelijke levensovertuiging van de verzekerde.

Onder psychosociale hulp verstaat DVZ hulpverlening aan personen met een probleem dat is in te delen in een van de volgende categorieën:

- relatieproblemen;
- problemen rondom verwerking van schokkende gebeurtenissen en overlijden;
- psychosomatische klachten.

Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van opname in een herstellingsoord dat lid is van de Federatie Evangelische Zorg Organisaties (FEO) of voldoet aan dezelfde kwaliteitseisen.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Eerstelijns psychosociale behandeling

Voorwaarden voor vergoeding

- Het moet gaan om kortdurende behandeling van psychosociale problemen door een maatschappelijk werker die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling.

Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.

- De behandelaar is gewoon lid van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Christen Hulpverleners of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of arbo-arts.

Eerstelijns psychologie

Voorwaarden voor vergoeding

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of arbo-arts.

Artikel 34 Verpleging in een hospice

Kosten van verpleging in een hospice t.b.v. een verzekerde, uitgezonderd degene die verblijft in een gezondheidsinstelling als bedoeld in het Besluit Aanwijzing Inrichtingen Wet Ziekenhuisvoorziening en of in een Bejaardenoord/ Verzorgingstehuis als bedoeld in de Wet op de Bejaardenoorden, komen voor vergoeding in aanmerking

- 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 is aangesloten bij de Netwerk Palliatieve zorg voor Terminale patiënten Nederland (NPTN) en geen deel uitmaakt van bovengenoemde gezondheidsinstelling of bejaardenoord/ verzorgingstehuis.

Voorwaarde voor vergoeding

Hulp dient geleverd te worden door een erkende instelling.

Artikel 35 Podotherapie

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

Artikel 36 Elastische kousen/Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van;

- elastische kousen, klasse 1
- een paar steunzolen, naar gipsmodel of blauwdruk.

Voorwaarde voor vergoeding

De steunzolen moeten worden geleverd door een orthopedisch schoentechnicus in opdracht van de behandelend arts.

Kijk in uw vergoedingenoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.

Artikel 37 Pedicurezorg

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging voor diabetici en bij dreigende voetproblemen bij verzekerden met reuma.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet worden gegeven door een pedicure die gespecialiseerd is in voetverzorging bij diabetici en voetproblemen bij reumapatiënten. Bij diabetici betekent dit dat de pedicure in het bezit moet zijn van het certificaat "Voetverzorging bij Diabetici".

Artikel 38 Cosmetische chirurgie

Met medische indicatie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien de behandeling strekt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.
- De behandeling moet worden uitgevoerd in een door ons gecontracteerde instelling.

Artikel 39 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van een acnébehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Artikel 40 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Artikel 41 Epilatie behandeling

Wij vergoeden de kosten van epilatie behandelingen bij vrouwen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien de behandeling is voorgeschreven door een arts, vanwege het feit dat er sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.
- In geval van laserepilatie moet deze worden uitgevoerd in een door ons erkende laserkliniek of door een huidtherapeut die door ons erkend is.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend.

Artikel 42 Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De zorg moet worden geleverd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Houten.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend.
- Wij vergoeden alleen als degene die mantelzorg verleent wegens ziekte of vakantie minimaal 7 aaneengesloten dagen afwezig is.

Artikel 43 Thuiszorg in plaats van ziekenhuisverpleging

Wij vergoeden de kosten van thuisverpleging .

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten uitsluitend wanneer door de thuisverpleging een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis wordt verkort of voorkomen.
- De thuiszorg moet door een gediplomeerd verpleegkundige of een bij de organisatie voor thuiszorg aangesloten ziekenverzorgende uitgevoerd worden.

Artikel 44 Orthodontie

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een door ons gecontracteerde orthodontist of door een door ons gecontracteerde tandarts.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij dienen na voorafgaande schriftelijke aanvraag, inclusief een begroting van de te verwachten kosten, onze schriftelijke goedkeuring te hebben gegeven.

Uitsluiting

In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging van die voorziening.

Artikel 45 Tandheelkundige zorg

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandelingen.

Voorwaarde voor vergoeding

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde tandarts of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. Preventie/mondhygiëne en parodontologische behandelingen mogen ook worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e).
- Niet vergoed worden de kosten van verzuimde afspraken, orthodontie, het bleken van tanden en kiezen en het opvullen van bij aanvang van de verzekering ontbrekende tanden en kiezen.

45.1 Tandheelkundige zorg - kronen

Wij vergoeden voor verzekerden de kosten van kronen. (R-codes R20/R25/R26/R27)

45.2 Tandheelkundige zorg - prothesen

Wij vergoeden voor verzekerden de kosten van een volledige of partiele prothese.

Kijk in uw vergoedingsoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.

Voorwaarden voor vergoeding

- De prothese moet geleverd en gedeclareerd worden door een door ons gecontracteerde tandarts of (alleen bij een volledig uitneembare prothese) een door ons gecontracteerde tandprotheticus;
- Reparaties aan de prothese moeten worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde tandarts, danwel door een door ons gecontracteerde tandprotheticus of tandtechnicus.

Artikel 46 Tandheelkundige implantaten

46.1 Implantaten

Wij vergoeden de honorariumkosten van de kaakchirurg en de kosten van behandeling door een tandarts voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak. De kosten van de implantaten en de daarbij komende techniekkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. De aanvraag moet zijn ingediend door de behandelend kaakchirurg of tandarts.
- De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis of bij een tandarts.
- Er moet naar ons oordeel sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een passende prothese te maken is.

46.2 Mesostructuur op implantaten

Wij vergoeden de kosten van de mesostructuur op implantaten. De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de door ons gecontracteerde tandarts en de bijkomende materiaal en techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mesostructuur moet vervaardigd en geplaatst worden door een door ons gecontracteerde tandarts of een door ons gecontracteerd centrum voor bijzondere tandheelkunde. Indien de mesostructuur wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT-codes (Uniforme Particuliere Tarieven) het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking;
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Artikel 47 Tandheelkundige zorg bij een ongeval voor kinderen tot 18 jaar

Als een verzekerde tot 18 jaar door een ongeval tanden heeft beschadigd of verloren, wordt de noodzakelijke tandheelkundige zorg vergoed. Het ongeval moet hebben plaatsgevonden tijdens de looptijd van deze verzekering.

Artikel 48 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de tandheelkundige behandeling noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten van die behandeling door een door ons gecontracteerde tandarts volledig.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten uitsluitend voor lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

Artikel 49 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandelingen in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- Het ontbreken van 6 of meer elementen, de verstandskiezen niet meegerekend;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts/algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- een lip-, kaak- of verhemeltespleet;
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling;
- totale amelogenese imperfecta;
- angstpatiënt.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereisen.
- U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling naar de mening van onze geneeskundig adviseur niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Artikel 50 Orthodontie in bijzondere gevallen

Wij vergoeden op advies van de huisarts of door ons gecontracteerde tandarts de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist bij een schisis-afwijking (lip-, kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

Artikel 51 Gezinshulp

Wij vergoeden de kosten van gezinshulp tot een maximum bedrag per uur en tot een maximum aantal uren per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Hulp dient geleverd te worden door een erkende instelling.

Kijk in uw vergoedingsoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.



Artikel 52 Zorggarantie en zorgbemiddeling

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u nagaan of de wachttijd bekort kan worden. Als die mogelijkheid bestaat, regelen wij dat u eerder behandeld kan worden. Wij kunnen u eveneens van dienst zijn bij het zoeken naar een tandarts of huisarts

Wij geven zorggarantie voor:

- inschrijving op naam in een tandartsenpraktijk binnen 10 werkdagen;
- aanvang fysiotherapiebehandeling binnen 10 werkdagen;
- een groot aantal behandelingen welke in dagbehandeling plaats kunnen vinden binnen 5 werkdagen;
- een eerste polikliniekbezoek en aansluitend binnen 10 werkdagen de behandeling (mits verantwoord dat het in dagbehandeling kan plaatsvinden);
- Voor een beperkt aantal behandelingen waarvoor opname in een ziekenhuis nodig is.

Wij bemiddelen bij:

- inschrijving op naam bij een huisarts;
- het vinden van kraamzorg
- behandelingen waarvoor opname in een ziekenhuis nodig is

Voorwaarden voor vergoeding

- De mogelijke oplossing moet vallen binnen de dekkingsvoorwaarden van de door u gesloten verzekering.
- Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeginrichting).

Artikel 53 Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Artikel 54 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Wij vergoeden de kosten van huur van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendood.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 55 Korting op personenalarmering

U heeft met een sociale indicatie recht op een korting op de huur en abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van een alarmeringssysteem geleverd door EuroCross.

Artikel 56 Second opinion

Wij vergoeden de kosten van second opinion door een medisch specialist of tandarts.

Artikel 57 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 voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Artikel 58 Uitleen verpleegartikelen

Wij vergoeden de huurkosten van medisch noodzakelijke artikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, mits deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed.

Artikel 59 Hulpmiddelen van Welzorg

U heeft recht op korting op de adviesverkoopprijs bij aanschaf van de volgende hulpmiddelen of producten in de winkels van Welzorg:

- Handbewogen rolstoelen; elektrische rolstoelen;
- Scootmobielen;
- Speciale fietsen zonder hulpmotor;
- Douche- en toilethulpmiddelen;
- Kleine woningaanpassingen;
- Materialen t.b.v. auto-aanpassingen;
- Sta-op stoelen; trippelstoelen;
- Hoog-laag bedden;
- Anti-decubitus middelen (matrassen, kussens, zitkussens);
- Loophulpmiddelen;
- ADL (Algemene Dagelijkse Levensbehoefte) middelen;
- Welzorg assortiment Comfort materialen.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar u een winkel van Welzorg kunt vinden.

Uitsluiting

Deze korting geldt niet voor hulpmiddelen waarop u volgens het Achmea reglement Hulpmiddelen aanspraak kunt maken. Voorwaarde voor vergoeding

U kunt gebruik maken van deze kortingsregeling op vertoon van uw geldig polisblad/pasje.

Artikel 60 Preventieve onderzoeken

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

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

Kijk in uw vergoedingsoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.

Artikel 61 Preventieve cursussen

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

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health Center of een gecontracteerde thuiszorginstelling;
- hartproblemen, georganiseerd door een gecontracteerde thuiszorginstelling;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, gecontracteerde lasertherapeuten waaronder Prostop Lasertherapie of een gecontracteerde thuiszorginstelling;
- de "Vrij van alcohol" training, georganiseerd door De Helderheid;
- eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een gecontracteerde thuiszorginstelling;
- babymassage, georganiseerd door een gecontracteerde thuiszorginstelling;
- EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma "eerste hulp" van het Oranje Kruis;
- Basis Reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Daarnaast geven wij korting op de schriftelijke cursussen van Achmea health Educatie:

- Lekker in je vel;
- Lekker gezond;
- Lekker slank;
- Plezier in de overgang;
- Stoppen met roken.

Wij kunnen u nader informeren over de prijs die voor u van toepassing is.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 62 Overgangsconsulent

Wij vergoeden het consulttarief van een overgangsconsulent. Bij het 1e consult krijgt u tevens een jaarabonnement op het tijdschrift rondom de overgang "Women's Care".

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

Artikel 63 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden per kalenderjaar de kosten van maximaal 1 leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie bij mensen met stotterproblemen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Artikel 64 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de volgende behandelingen in een door ons gecontracteerde sportmedische instelling:

- de kosten van een sportmedisch onderzoek.
- de kosten van een blessureconsult of herhalingsconsult.

Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren.

Uitsluiting

(Verplichte) sportkeuringen worden niet vergoed.

Artikel 65 Voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van advies door een diëtist. Hieronder vallen ook de kosten van advies door een diëtist bij deelname aan Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- U moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.

Artikel 66 Energieverbeteringsprogramma

U heeft recht op korting bij het Novo-programma van Immogenics.

Wij kunnen u nader informeren over het programma en de locatie.

Artikel 67 Achmea Alarmcentrale

Wij vergoeden

- de kosten van het organiseren van de in het artikelen 27 en 28 genoemde hulpverlening door de Achmea Alarmcentrale (uitgevoerd door EuroCross International);
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Artikel 68 Achmea health Vakantiedokter

Bij niet spoedeisende medische vragen, voor en/of tijdens uw vakantie, heeft u recht op gratis advies van de Achmea health Vakantiedokter.

Artikel 69 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 vakantiereis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A/B.

Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u de vaccinatie kunt laten uitvoeren.

Kijk in uw vergoedingsoverzicht bij de door u afgesloten verzekering of u recht heeft op onderstaande vergoedingen. U vindt daar ook de hoogte van de vergoeding.

Artikel 70 Advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties

Wij vergoeden aan zorgbehoevende verzekerden een gedeelte van de kosten van advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties in Spanje.

Voorwaarde voor vergoeding

Het advies, de bemiddeling en begeleiding moet worden gegeven door Zorg Vakantie Plan.

Artikel 71 Korting bij opticien

Met Hans Anders hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- u kunt een complete enkelvoudige bril aanschaffen voor € 95,-; uw prijsvoordeel is € 40,-
- u kunt een complete multifocale bril aanschaffen voor € 135,-; uw prijsvoordeel is € 70,-
- deze prijsafspraken gelden indien u kiest voor glazen die zijn opgenomen in het zogenoemde Achmea glasprogramma. In de winkels van Hans Anders kunt u nadere informatie krijgen over het glasprogramma;
- bij de aanschaf van een pakket zachte maandlenzen (€ 45,-) ontvangt u één maand gratis lenzen en lenzenvloeistof met lenzenhouder; uw prijsvoordeel is € 7,50

Met Het Huis Opticiens hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- u kunt een complete enkelvoudige bril uit de Collectie van Het Huis (het huismerk van Het Huis) aanschaffen voor € 149,-; uw prijsvoordeel is minimaal € 45,-
- u kunt een complete multifocale bril uit de Collectie van Het Huis (het huismerk van Het Huis) aanschaffen voor € 249,-; uw prijsvoordeel is minimaal € 65,-
- 15% korting op alle contactlenzen van Het Huis(het huismerk van Het Huis)

U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/relatiepas.

Artikel 72 Ooglaseren (refractiechirurgie)

U heeft recht op korting op de tarieven voor alle behandelingen refractiechirurgie bij VisionClinics ter vervanging van het dragen van een bril of lenzen.

Artikel 73 Korting op fitness

U heeft bij de Achmea health Centers recht op een korting op:

- het (eenmalige) inschrijfgeld;
- de contributie;
- bepaalde cursussen.

Wij kunnen u nader informeren over het aanbod aan cursussen waarvoor de korting van toepassing is.

Artikel 74 Ontspanningsarrangementen

Bij de volgende centra hebben wij prijsafspraken gemaakt voor ontspanningsarrangementen:

- Fontana te Nieuweschans;
- Thermaalbad Arcen te Arcen;
- Thermae 2000 te Valkenburg;
- Elysium te Bleiswijk;
- Centra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.

Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die beschikbaar zijn en de daarvoor geldende tarieven.

Artikel 75 On track wandel en fietsroutes

U heeft recht op een korting op een jaarabonnement op On track. Via de website www.ontrack.nl heeft u daarmee toegang tot een uitgebreid en actueel assortiment aan fiets- en wandelroutes in Nederland.

Artikel 76 Health shop

U heeft recht op korting bij aanschaf van producten in de Health shop op www.achmeahealth.nl. In de Health shop zijn producten verkrijgbaar op het gebied van gezondheid en leefstijl.

Indien u recht heeft op vergoeding van diabetes-, incontinentie of stomahulpmiddelen uit het Achmea reglement Hulpmiddelen, kunt u dit hulpmiddel bestellen in de Health shop.

