

Ziektekostenverzekering Basis

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
- 2 Uitsluitingen
- 3 Algemeen
- 4 Verplichtingen van de verzekeringnemer
- 5 Premie en eigen risico
- 6 Herziening van premie of voorwaarden
- 7 Duur en einde van de verzekering
- 8 Klachten
- 9 Omvang van de verzekering
- 10 Euro

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 De Amersfoortse

NV Amersfoortse Zorgverzekering Maatschappij, gevestigd te Amersfoort.

1.2 Audiologische hulp

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.3 Bijkomende kosten

De medische kosten die, naast de verpleegkosten en de kosten van specialistische behandeling, rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens een opname in een ziekenhuis, dan wel tijdens de niet-klinische specialisten behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoeken, bloedtransfusies, geneesmiddelen en gebruik van de operatiekamer of polikliniek).

1.4 Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

1.5 Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

1.6 Farmaceutische hulp

De bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen die in de regeling Farmaceutische Hulp vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

1.7 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.8 Gezin

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden ter beoordeling van De Amersfoortse.

1.9 Huisarts

Een in Nederland in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die als huisarts is

ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel thuis bij de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.10 Hulpmiddelen

De middelen die in de regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

1.11 Kaakchirurg

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

1.12 Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

1.13 Kraamzorg

1.13.1 Kraamcentrum

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende instelling alsmede een door De Amersfoortse erkend kraamcentrum.

1.13.2 Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

1.14 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.

1.15 Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.16 Medisch adviseur

De arts die De Amersfoortse in medische aangelegenheden adviseert.

1.17 Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.

1.18 Oefentherapeut Cesar of Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.19 Opname

Ziekenhuisname langer dan 24 uur, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl regelmatig behandeling door een specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

1.20 Orthodontist

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

1.21 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van

specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.

1.22 Specialist

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.23 Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.24 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.25 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.26 Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.27 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de (het) polis(-aanhangsel) of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

1.28 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met De Amersfoortse is aangegaan.

1.29 Ziekenhuis

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

1.30 Ziekenverzorgende

Een ziekenverzorgende, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.31 Ongeval

Onder ongeval wordt verstaan een plotselinge uitwendige onvrijwillige geweldsinwerking op het lichaam van verzekerde. Onder ongeval wordt tevens verstaan:

- bevriezing, zonnesteek, bliksemingslag en andere elektrische ontladingen;
- verdrinking, verstikking (niet tengevolge van ziekte) en verbranding, behalve door natuurlijke of kunstmatige bestraling;
- acute vergiftiging, alsmede de schadelijke gevolgen van het ongewild binnenkrijgen van vreemde voorwerpen, infectie-ziekten en allergieën of bloedvergiftiging in aansluiting op verwonding tengevolge van een ongeval;
- besmetting tengevolge van een onvrijwillige val in water of in enige andere stof;
- uitputting, verhongering en verdorping tengevolge van schipbreuk, watersnood, noodlanding, instorting, insneeuwing of invriezing en dergelijke;
- verstuijing, ontwrichting en verrekking van spieren, banden en/of pezen door plotselinge kennelijk overmatige krachtsinspanning. Onder ongeval wordt in ieder geval niet verstaan: ingewandsbreuk, lendespit (lumbago) en hernia. Geestelijke stoornissen of geestelijke reacties op

een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel vallen ook buiten het begrip ongeval.

1.32 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International.

Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam

Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

2 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

2.1 voor een behandeling die verband houdt met een ziekte of afwijking die reeds voor of bij het totstandkomen van de verzekering bestond terwijl de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg en/of klachten ondervond. Het hiervoor bepaalde is (voor het verhoogde risico) eveneens van toepassing bij een uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse op verzoek van de verzekerde.

Het bovenstaande is niet van toepassing indien De Amersfoortse van die ziekte, afwijking of klacht schriftelijk op de hoogte is gebracht en De Amersfoortse bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;

2.2 indien en voorzover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst;

2.3 voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;

2.4 voor onderzoek en behandeling door een psycholoog;

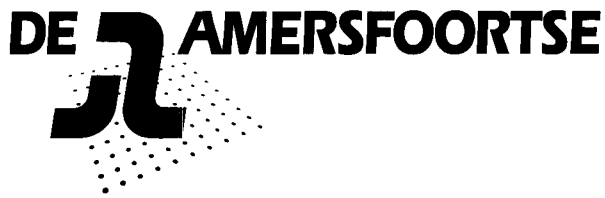
2.5 voor alternatieve geneeswijzen;

2.6 voor de volgende onderdelen van farmaceutische hulp:

- homeopathische- en antroposofische geneesmiddelen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
- ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van De Amersfoortse noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel;

2.7 voor vormverbeterende operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;

2.8 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;



2.8.1 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of verband houdend met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

2.8.2 De uitsluiting onder 2.8.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

2.8.3 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 2.8.2 geen toepassing.

2.9 voor in-vitro-fertilisatie-behandeling;

2.10 voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie;

2.11 voor keuringen, attesten en vaccinatie, tenzij in de regeling Farmaceutische Hulp anders is bepaald.

3 Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens De Amersfoortse gestelde vragen kan voor De Amersfoortse aanleiding zijn de vernietiging, geheel of gedeeltelijk, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

3.2 Kinderen

3.2.1 Voor kinderen, geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt, mits alle daarvoor in aanmerking komende kinderen bij De Amersfoortse zijn aangemeld, dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.

3.2.2 Meeverzekerd kunnen worden:

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptie-kinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptie-kinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag of op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

3.2.3 Voor maximaal 2 kinderen tot de 18 jarige leeftijd is premie verschuldigd.

3.3 Vrije keuze

Verzekerde is vrij in keuze van ziekenhuis, specialist, kaakchirurg, orthodontist, huisarts, apotheker, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut en logopedist.

3.4 Opname in een hogere dan verzekerde klasse

Bij opname in een hogere klasse dan waarvoor men verzekerd is wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de verzekerde klasse.

Ziektekostenverzekering Basis

3.4.1. Opname in 2e klasse

Ingeval de verzekering is aangegaan op basis van verplegingsklasse 2B en opname geschiedt in een ziekenhuis waarin slechts één tweede klasse aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor de tweede klasse.

3.5 Begin en einde van de vergoeding

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

3.6 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door De Amersfoortse gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij De Amersfoortse.

4 Verplichtingen van de verzekeringnemer

4.1 De verzekeringnemer is verplicht:

4.1.1 - van een opname in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk vooraf kennis te geven aan De Amersfoortse;

- spoedopnames binnen drie dagen na opname ter kennis te brengen van De Amersfoortse;
- de behandelend huisarts of specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;

4.1.2 aan De Amersfoortse, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;

4.1.3 De Amersfoortse behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;

4.1.4 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij De Amersfoortse in te dienen. Deze nota's dienen op zodanige wijze te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoedingen De Amersfoortse is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum en datum van levering, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven;

4.1.5 bij niet-klinische specialistische behandeling, een verwijzing van de specialist, huisarts of tandarts te overleggen, indien De Amersfoortse hierom vraagt;

4.1.6 bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie een verwijzing van de specialist of huisarts te overleggen, indien De Amersfoortse hierom vraagt.

4.2 Wanneer de belangen van De Amersfoortse worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, behoeft De Amersfoortse geen kosten te vergoeden.

5.Premie en eigen risico

5.1 Premiebetaling

De premies, kosten en bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen en bepalingen dienen bij vooruitbetaling te worden voldaan. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van De Amersfoortse te vorderen vergoeding.

5.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan De Amersfoortse schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen. Indien De Amersfoortse maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buiten-gerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door De Amersfoortse zijn ontvangen.

5.3 Eigen risico

5.3.1 Bij aanvang van de verzekering in de loop van het kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico pro-rata vastgesteld. Bij schorsing, wijziging of beëindiging van de verzekering zal geen restitutie noch vermindering van het eigen risico plaatsvinden.

5.3.2 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximumbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.

5.3.3 Teruggave van premie

Teruggave van premie vindt slecht plaats over de nog niet verschenen termijn van het lopende kalenderjaar onder aftrek van administratiekosten.

5.3.4. Geen eigen risico bij ongeval

Het eigen risico, zoals genoemd op polisblad of aanhangsel, geldt niet voor medisch noodzakelijke kosten als direct gevolg van een ongeval overkomen tijdens de looptijd van de verzekering.

5.4 Leeftijd

Indien de verzekering is gesloten op een leeftijdsgebonden tarief, wordt de premie aangepast op 1 januari volgend op het bereiken van de nieuwe leeftijdsgroep. Een dergelijke premieaanpassing wordt niet aangemerkt als wijziging in de zin van artikel 6.

5.5 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en de plichten uit deze verzekeringsovereenkomst, ten spoedigste, doch uiterlijk binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan schriftelijk aan De Amersfoortse mede te delen. Zodanige wijzigingen zijn onder meer; het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling, verhuizing, huwelijk, samenwoning, geboorte, overlijden e.d. Bij het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op restitutie van premie worden gemaakt, voorzover dit van toepassing zou zijn. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

6 Herziening van premie of voorwaarden

6.1 De Amersfoortse heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door De Amersfoortse vast te stellen datum. Indien deze verzekering op grond hiervan wordt aangepast dan heeft verzekeringnemer het recht niet akkoord te gaan met de wijziging mits deze wijziging een verhoging van de premie en/of een vermindering van de dekking inhoudt. De Amersfoortse doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

6.2 De verzekeringnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in 6.1 genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen daarna schriftelijk aan De Amersfoortse meedeelt. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de premie en/of voorwaarden:

- die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen. Hieronder wordt begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aanspraak bestaat;
- of indien overheidsmaatregelen hiertoe aanleiding geven.

6.3 Heeft De Amersfoortse binnen 30 dagen na de in het artikel 6.1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt verzekeringnemer geacht akkoord te zijn gegaan met de wijzigingen en wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7 Duur en einde van de verzekering

7.1 De verzekering is aangegaan voor de periode als op het polisblad omschreven en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer ten minste twee maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk bij De Amersfoortse heeft opgezegd.

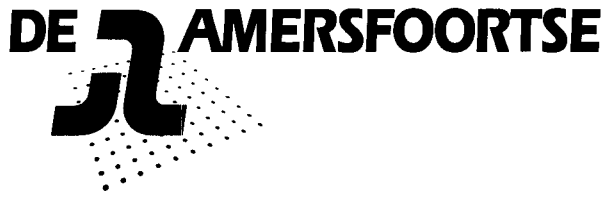
7.2 De Amersfoortse mag de verzekering niet beëindigen, behoudens in geval van verzuiging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 3.1., in geval van schorsing als bedoeld in artikel 5.2. en in geval van bedrog, op een door De Amersfoortse te bepalen tijdstip. De verzekering eindigt voor de verzekerde zodra hij geen Nederlands ingezetene meer is.

7.3 De verzekering van de verzekerde eindigt indien de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering is toegelaten voor klasse 3 en wel op de datum waarop De Amersfoortse daarvan mededeling ontvangt.

7.4 De verzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde onder artikel 3.2.

Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.

7.5 De verzekering eindigt voor een verzekerde indien op basis van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering recht ontstaat op een StandaardPakketPolis.



Ziektelkostenverzekering Basis

8 Klachten

Voor klachten naar aanleiding van deze verzekering dient verzekerde zich in eerste instantie te wenden tot de afdeling Cliëntenservice van De Amersfoortse, telefoon (033) 464 25 55. Wanneer het oordeel voor verzekerde niet bevredigend is, kan hij zich vervolgens wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen of de Raad van Toezicht, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Wie geen gebruik maakt van deze mogelijkheden, of de behandeling niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de rechter.

9 Omvang van de verzekering

Rubriek A

Voor elke in de polis of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is, en voor zover verzekerde en hierna omschreven. Met inachtneming van hetgeen elders in de polis is bepaald, worden ten hoogste vergoed de tarieven, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Indien en voor zover De Amersfoortse meer vergoedt dan waartoe zij op grond van het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan De Amersfoortse te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van De Amersfoortse van het door verzekerde aan de zorgverlener teveel betaalde.

9.1 Opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis

De kosten van verpleging, specialistische of kaakchirurgische hulp en de bijkomende kosten. Bij opname in het Nederlands Astmacentrum te Davos worden de opnamekosten uitsluitend vergoed na voorafgaande toestemming door De Amersfoortse. Indien een meeverzekerd kind in verband met verpleging van de moeder in een ziekenhuis verblijft, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed zolang het kind de leeftijd van 3 maanden nog niet bereikt heeft. Indien de moeder in verband met verpleging van het kind na de bevalling in een ziekenhuis verblijft, worden ook de verpleegkosten van de moeder tot maximaal 8 dagen na de bevalling vergoed.

9.2 Dagverpleging in een ziekenhuis

- de kosten van het medisch noodzakelijke verblijf in een ziekenhuis verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek;
- de bijkomende kosten
- het honorarium van de specialist.

9.3 Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie en revalidatiedagbehandeling na voorafgaande toestemming door De Amersfoortse. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan.

9.4 Hulpmiddelen

9.4.1 De kosten van aanschaf, bruikleen, correctie, vervanging of herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de maximumbedragen van de regeling Hulpmiddelen, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld,

vergoed. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. Indien de hulpmiddelen worden afgenomen bij de door De Amersfoortse geselecteerde leveranciers is het eigen risico, zoals vermeld op het polisblad, niet van toepassing. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn.

Een en ander ter beoordeling van De Amersfoortse.

9.4.2 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voor zover De Amersfoortse op een daartoe strekkend verzoek te voren toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

9.4.3 De kosten van (onzorgvuldig) gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

9.5 Bevalling en kraamzorg

Voor de vrouwelijke verzekerde kan voor bevalling en kraamzorg de keuze worden gemaakt tussen de volgende vergoedingsregelingen:

9.5.1 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk)

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a de kosten van opname in de verzekerde klasse;
- b de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- c het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

Op de vergoeding genoemd onder punt a blijft een bedrag van f 48,- per gedeclareerde dag voor rekening van de meeverzekerde moeder.

9.5.2 Poliklinische bevalling

Indien de bevalling poliklinisch plaatsvindt bestaat aanspraak op de vergoeding van:

De kosten van het ziekenhuis, volgens het daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie goedgekeurde tarief, waarbij een bedrag van f 48,- per dag voor rekening van de meeverzekerde moeder blijft. Indien het ziekenhuis evenwel verpleegdagen in rekening brengt, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het onder artikel 9.5.1 gestelde; Het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg)

9.5.3 Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden worden de kosten vergoed:

- a het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).
- b de inschrijving, intake en assistentie bij de bevalling tot maximaal drie uur na de bevalling.
- c voor de verzorging van moeder en kind thuis kan een uitkering in geld worden ontvangen van f 2.400,- of kraamzorg in natura, geregeld door De Amersfoortse.

Bij kraamzorg in natura regelt De Amersfoortse een gediplomeerd kraamverzorgende. Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met de afdeling Managed Care. De aanvraag voor kraamzorg in natura dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij De Amersfoortse te worden ingediend. Bij een combinatie van hulp onder 9.5.1 en 9.5.2 en 9.5.3 wordt per in rekening gebrachte

verpleegdag een bedrag van f 300,- in mindering gebracht vanaf de dag dat het kind geboren is.

9.6 Tandheelkundige hulp

9.6.1 Kaakchirurgische behandeling

- Het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard die niet gepaard gaat met een opname;
- de bijkomende kosten.

9.6.2 Tandheelkundige implantaten

De kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak worden vergoed, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak en
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de implantaten door de kaakchirurg worden ingebracht;
- De Amersfoortse op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.

9.6.3 Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

De kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking. De Amersfoortse dient op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming te geven voor de behandeling.

9.6.4 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

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

a het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen ten minste tien dient te zijn;
b een kaakgewrichts-afwijking (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;
c een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
d een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
e een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:
- de behandeling een benadering in teamverband en/of

bijzondere deskundigheid vereist en

- De Amersfoortse op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 90% van de door verzekerde gedeclareerde bedragen.

9.6.5 Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Volledige vergoeding van de kosten van normale tandheelkundige hulp. Niet vergoed worden de kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen en orthodontie.

9.6.6 Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar

Vergoed worden de kosten van preventief onderhoud, in principe eenmaal per jaar, tenzij meer behandelingen per jaar medisch noodzakelijk zijn.

Het preventieve onderhoud omvat:

- periodieke controle (C10);
- eerste bezoek nieuwe patiënt (C30);
- consult inclusief kleine verrichting (C20);
- het verwijderen van tandsteen (M50, M55, M59);
- controle en instructie mondhygiëne (M30, M40).

9.6.7 Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke of geestelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en geen beroep kan worden gedaan krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, is de vergoeding zoals vermeld onder 9.6.5 respectievelijk 9.6.6 niet van toepassing. Na vooraf verleende goedkeuring door De Amersfoortse vindt vergoeding van kosten plaats, onder de door De Amersfoortse gestelde voorwaarden. Het aanvraagformulier voor de toestemming wordt op verzoek door De Amersfoortse verstrekt.

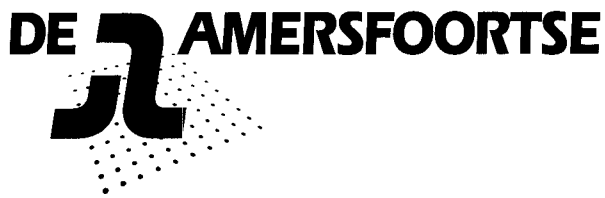
9.6.8 Gebitsprothese

Vergoed wordt 75% van de kosten van een uitneembare, volledige, prothetische voorziening voor de onder en/of bovenkaak, vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus. Deze kosten zijn inclusief techniekkosten.

9.6.8.1 Bij plaatsing en vervaardiging door een tandarts komen voor vergoeding in aanmerking:

- uitneembare en immediaatprothese voor de boven- en/of onderkaak;
- uitneembare vervangingsprothese voor de boven- en/of onderkaak;
- volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen voor de boven- of onderkaak.

9.6.8.2 Bij plaatsing en vervaardiging door een tandprotheticus komt voor vergoeding in aanmerking een uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- en/of onderkaak. Voorafgaande toestemming door De Amersfoortse is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste f 750,- per onder- of bovenkaak bedragen en/of de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen. Indien de prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, f 640,- per onder- en/of bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde



dat de vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Volledig vergoed worden de kosten voor het rebasen en repareren van de volledige gebitsprothese voor de boven en/of onderkaak.

9.6.9 Prothese op implantaten

Vergoed worden de kosten van een uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten, vervaardigd en geplaatst door een tandarts. Deze kosten zijn inclusief de bij de prothese behorende techniekkosten. Hierbij is vooraf toestemming van De Amersfoortse vereist. Per overkappingsprothese in de onder- of bovenkaak komt een bijdrage van f 200,- per kaak voor rekening van de verzekerde. Indien de overkappingsprothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT-codes het door het CTG goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van f 200,- per kaak voor rekening van de verzekerde. Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- en/of onderkaak.

9.7 Ziekenvervoer

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer (per ambulance, taxi of auto) in Nederland voorzover dit verband houdt met verpleging, onderzoek of behandeling, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van De Amersfoortse komen. De kosten van ziekenvervoer komen uitsluitend in aanmerking voor vergoeding wanneer blijkt een verklaring van de arts of medisch specialist het vervoer wegens de gezondheidstoestand van de verzekerde niet kan plaatsvinden met het openbaar vervoer. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op f 0,40 per kilometer.

9.8 Sterilisatie en abortus

Vergoed worden de kosten van sterilisatie en abortus in een ziekenhuis. Bij sterilisatie van de man wordt vergoeding van kosten verleend tot ten hoogste het bedrag dat verschuldigd zou zijn geweest bij een poliklinische behandeling.

9.9 Leukemie bij kinderen

De kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

9.10 Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voorzover De Amersfoortse op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

9.11 Orgaantransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop) alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door De Amersfoortse. Vergoed worden voorts de

Ziektekostenverzekering Basis

kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

9.12 Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

9.13 Buitenland

9.13.1 Vergoeding van de kosten van spoedeisende medische noodzakelijke hulp in het buitenland gemaakt tijdens vakantie of zakenreis van verzekerde gedurende maximaal 6 maanden omvat de kosten van:

- opname in een algemeen erkend ziekenhuis gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval.
- Onder ziektegeval wordt verstaan: ieder ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of hetzelfde ongeval;
- de kosten van niet-klinische specialistische behandeling;
- de kosten van behandeling door een huisarts;
- alsmede de kosten op voorschrift van huisarts of specialist verstrekte geneesmiddelen.

Voornoemde kosten worden vergoed tot ten hoogste 200% van de kosten die, met toepassing van de verzekeringsvoorwaarden, zouden zijn vergoed, indien de verzekerde in Nederland de behandeling zou hebben ondergaan.

9.13.2 Vergoeding van de kosten van de in artikel 9.13.1 genoemde hulp omvat voorts vergoeding van de kosten van het medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde specialist.

9.13.3 Voor verzekerden die in Nederland woonachtig zijn op een afstand van maximaal 40 km van de grens met België of Duitsland is de verzekering eveneens van kracht in dat deel van België of Duitsland dat ligt binnen een straal van maximaal 40 km gerekend vanuit de dichtstbijzijnde grensovergang bij de woonplaats van verzekerde. De vergoeding bedraagt maximaal de kosten van een overeenkomstige behandeling in Nederland en het vervoer volgens artikel 9.7.

9.13.4 Vergoeding van de in artikel 9.13.1 en 9.13.2 bedoelde kosten wordt niet verleend, indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan.

In afwijking hiervan geldt bij opname op verzoek van verzekerde binnen een andere EU-lidstaat dat de kosten zoals genoemd in artikel 9.13.1 en 9.13.2 wel worden vergoed tot ten hoogste 100% van de kosten, die met toepassing van de verzekeringsvoorwaarden, zouden zijn vergoed als verzekerde in Nederland de behandeling zou hebben ondergaan.

9.13.5 Voor hulp en advies bij ernstige ziekte of ongeval moet contact worden opgenomen met

SOS International. Indien in overleg met SOS International repatriëring van verzekerde medisch noodzakelijk blijkt, omdat behandeling ter plaatse niet mogelijk is, en SOS International zorgdraagt voor vervoer en begeleiding van verzekerde naar Nederland, komen de hieraan verbonden kosten voor rekening van De Amersfoortse.

9.13.6 De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door De Amersfoortse zijn ontvangen.

9.14 Aanvullende thuisverpleging

Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis kan een tegemoetkoming in de kosten worden gegeven van aanvullende thuisverpleging door een verpleegkundige of ziekenverzorgende ten huize van de verzekerde voor maximaal 100 dagen per kalenderjaar voor in totaal f 360,- per etmaal. Vooraf dient door De Amersfoortse toestemming te zijn verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Rubriek B

9.15 Niet-klinische specialistische behandeling

- het honorarium van een specialist voor een niet-klinische behandeling (poliklinisch of bij de specialist thuis);
- de bijkomende kosten.

9.16 Fysiotherapie en oefentherapie

Cesar/Mensendieck

De kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar, als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit en de Besluiten oefentherapie, per indicatie per jaar op voorschrift van de huisarts of specialist worden vergoed. Indien daartoe geïndiceerd, op verwijzing van de huisarts of specialist, bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar. Hiervoor is vooraf toestemming van De Amersfoortse noodzakelijk. Tevens komt voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verricht door een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register van bevoegde kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Indien hiertoe geïndiceerd, op verwijzing van huisarts of specialist, bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie, oefentherapie Mensendieck of oefentherapie Cesar.

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie dan wel oefentherapie Mensendieck of Cesar in verband met een chronische aandoening - volgens de regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland - dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per jaar. Hiervoor is vooraf toestemming vereist van De Amersfoortse, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Deze lijst maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

9.17 Logopedie

De kosten van behandeling op voorschrift van de

huisarts of de specialist door een logopedist als bedoeld in het Logopedisten Besluit. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als gevolg van dialect en anderstaligheid.

9.18 Hulp door een audiologisch centrum

De kosten van hulp door een, daartoe door een bevoegde overheidsinstantie erkend, audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

9.19 Trombosedienst

De kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

9.20 Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De hulp omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psycho-sociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Rubriek C I

9.21 Behandeling door de huisarts

Het honorarium van de huisarts, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

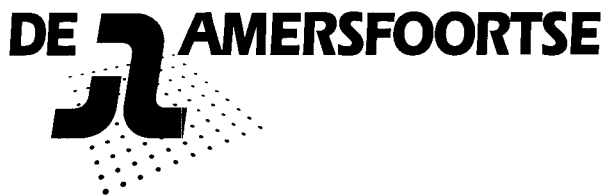
Rubriek C II

9.22 Farmaceutische hulp

9.22.1 De kosten van farmaceutische hulp, overeenkomstig de regeling Farmaceutische Hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, mits is afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, specialist of verloskundige door een apotheek of apotheek houdend huisarts, tenzij De Amersfoortse anders bepaalt. De regeling Farmaceutische Hulp maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar. Indien de farmaceutische hulp in natura wordt verstrekt, vindt geen aftrek van het op het polisblad vermelde eigen risico plaats.

9.22.2 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld, vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de regeling Farmaceutische Hulp of De Amersfoortse anders bepaalt. Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet blijft het meerdere buiten de vergoeding van kosten.

9.22.3 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed, overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, na toestemming vooraf door De Amersfoortse. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld door De Amersfoortse. De regeling is op aanvraag verkrijgbaar.



Ziektekostenverzekering Basis

9.22.4 Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

10 Euro

Indien van toepassing in deze voorwaarden, geldt de omrekeningsfactor van guldens naar euro's als volgt:
1 euro = 2,20371 gulden.

Diensten Amersfoortse Managed Care

Verzekerde kan terecht bij de helpdesk Managed Care voor onder andere wachtlijstbemiddeling, hulp in natura (bij thuiszorg en voor bemiddeling bij vervanging van ziekenhuisopname en kraamzorg), second opinion, lichtkuur thuis, voeding of pijnbestrijding thuis, begeleiding opname in buitenland in samenwerking met SOS, advies over kunst- en hulpmiddelen, en algemene informatie over gezondheid, ziekte, preventie, reïntegratie en de gezondheidszorg in het algemeen. Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81.

Rubriek klasseverzekering ziekenfonds

Wanneer de rubriek klasse verzekering ziekenfonds is meeverzekerd worden krachtens deze verzekering uitsluitend de kosten vergoed die verbonden zijn aan een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname in Nederland voorzover door verzekerde geen aanspraken kunnen worden gemaakt op vergoedingen krachtens de Ziekenfondswet. De vergoeding strekt zich tot maximaal de wettelijk goedgekeurde tarieven. Eigen bijdragen die krachtens de Ziekenfondswet voor rekening van verzekerde komen, kunnen niet ten laste van deze verzekering worden gebracht. Indien de verzekering is aangegaan op basis van klasse 2A of 2B en opname vindt plaats in een ziekenhuis waarin slechts één klasse 2 aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor die klasse.

Rubriek aanvullende klasseverzekering

Standaardpakketpolis

Wanneer de rubriek aanvullende klasseverzekering Standaardpakketpolis is meeverzekerd worden in afwijking van het bepaalde in de polisvoorwaarden van de Standaardpakketpolis de kosten vergoed die verbonden zijn aan een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname in de verzekerde klasse en wel voor het verschil tussen de in rekening gebrachte verpleegprijs en de verpleegprijs op basis van klasse 3. De vergoeding strekt zich tot maximaal de wettelijk goedgekeurde tarieven. Indien de verzekering is aangegaan op basis van klasse 2A of 2B en opname vindt plaats in een ziekenhuis waarin slechts één klasse 2 aanwezig is, zal de verzekering geacht worden te gelden voor die klasse.