
INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1: Algemene voorwaarden	blz. 1
Hoofdstuk 2: Dekking zorgverzekering	blz. 5

Hoofdstuk 1.

Algemene voorwaarden zorgverzekering

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de algemene voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst beschreven.

Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet.

Inhoudsopgave:

- Art. 1 Begripsomschrijvingen
 - Art. 2 Grondslag van de verzekering
 - Art. 3 Begin, duur en einde van de verzekering
 - Art. 4 Verplichtingen van de verzekerde
 - Art. 5 Premie, premiebetaling en schorsing
 - Art. 6 Algemene uitsluitingen
 - Art. 7 Herziening van premie
 - Art. 8 Kennisgeving van relevante gebeurtenissen
 - Art. 9 Overige voorwaarden
 - Art. 10 Registratie van persoonsgegevens
 - Art. 11 Geschillen
-

Art. 1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1. **Avéro Achmea:**
Avéro Achmea is een handelsnaam van Avéro Achmea Zorgverzekeringen NV
2. **Avéro Achmea Zorgverzekering NV:**
De zorgverzekeraar die als verzekeringsonderneeming is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.
3. **Bedrijfsarts:**
Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst.
4. **Bekkentherapeut:**
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
5. **Centrum voor bijzondere tandheelkunde:**
Een universitair of daarmee door Avéro Achmea gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
6. **Centrum voor erfelijkheidsadvies:**
Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
7. **Dagbehandeling:**
Opneming korter dan 24 uur.
8. **Diagnose Behandelings Combinatie (DBC):**
Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

- 9. Dienstenstructuur:**
Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het week-einde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.
- 10. Diëtist:**
Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 11. Ergotherapeut:**
Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 12. EU- en EER-staat:**
Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- 13. Farmaceutische zorg:**
De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzeker-
ing aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door Achmea vastge-
stelde nadere reglement.
- 14. Fysiotherapeut:**
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat con-
form de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet
BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heil-
gymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
- 15. Gecontracteerde zorg:**
De vorm van zorg of dienst waarvoor Avéro Achmea met
een aanbieder van zorg een overeenkomst tot levering heeft
gesloten.
- 16. Huisarts:**
Een arts die is ingeschreven in het register van erkende
huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij
tot Bevordering der Geneeskunst.
- 17. Hulpmiddelenzorg:**
De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling
aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met
inachtneming van het door Achmea vastgestelde reglement
inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volu-
mevoorschriften.
- 18. Kaakchirurg:**
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialis-
tenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de
Nederlandse Maatschappij tot bevordering der
Tandheelkunde.
- 19. Kinderfysiotherapeut:**
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat con-
form de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet
BIG en die tevens is ingeschreven in het Register
Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk
Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 20. Kraamcentrum:**
Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels
als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar
als zodanig erkende instelling.
- 21. Logopedist:**
Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het
zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist,
mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podothera-
peut".
- 22. Manueel therapeut**
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat con-
form de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet
BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat
in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten
- 23. Medisch adviseur:**
De arts die Avéro Achmea in medische aangelegenheden
adviseert.
- 24. Medisch specialist:**
Een arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van
de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering
der Geneeskunst.
- 25. Mondhygiënist:**
Een vrijevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het
zogenoemd "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsge-
bied mondhygiënist".
- 26. Oedeemtherapeut:**
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat con-
form de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet
BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat
in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 27. Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck:**
Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die
voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde
"Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist,
oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 28. Opneming:**
Opneming in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien
en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en
behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-
instelling kunnen worden geboden.
- 29. Orthodontist:**
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialis-
tenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de
Nederlandse Maatschappij tot bevordering der
Tandheelkunde.
- 30. Revalidatie:**
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specia-
listische, paramedische, gedragswetenschappelijke en reva-
lidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een
multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van
een medisch specialist, verbonden aan een conform bij wet
gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
- 31. Tandarts:**
Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de
voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 32. Tandprotheticus:**
Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoem-
de "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tand-
protheticus".
- 33. Verblijf:**
Opneming met een duur van 24 uur of langer.
- 34. Verdragsland:**
Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale
zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verle-
ning van geneeskundige zorg is opgenomen, andere lidstaten
van de Europese Unie, een staat die partij is bij het
Verdrag over de Europese Economische ruimte, of
Zwitserland.
- 35. Verloskundige:**
Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat con-
form de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet
BIG.
- 36. Verzekerde:**
Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of
op het bewijs van inschrijving is vermeld.
- 37. Verzekeringnemer:**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met Avéro
Achmea is aangegaan.
- 38. Wet BIG:**
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 39. Zelfstandig behandelcentrum:**
Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek
en behandeling) dat als zodanig conform de bij of krachtens
wet gestelde regels is toegelaten.
- 40. Ziekenhuis:**
Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling
van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens
wet gestelde regels is toegelaten.
- 41. Zorgverlener:**
De zorgaanbieder die in dit artikel (begripsomschrijving) is
vermeld en omschreven.
-
- Art. 2 Grondslag van de verzekering**
- A**
Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de
Zorgverzekeringwet, het Besluit zorgverzekering met de
daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip
van de daarbij behorende toelichting, en het door de verze-
keringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst
is vastgelegd in de zorgpolis als bedoeld in artikel 1 sub h
en i van de Zorgverzekeringwet. Deze zorgpolis wordt jaar-
lijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere
persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
Naast de zorgpolis verstrekt Avéro Achmea als bewijs van
de verzekeringsovereenkomst een Zorgpas op vertoon waar-
van de verzekerde de zorg kan invoeren bij zorgverlener(s)
waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat. De kos-
- B**

ten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij Avéro Achmea worden gedeclareerd.

- C Behoudens de eigen bijdrage kan verzekerde aanspraak maken op gecontracteerde zorg (natura) of vergoeding van kosten van zorg verleend door niet gecontracteerde zorgverleners (restitutie).
Indien gecontracteerde zorg wordt verleend door een niet gecontracteerde zorgverlener bestaat aanspraak op een lagere vergoeding van de kosten.
Indien van dit laatste sprake is, wordt daarvan in de voorwaarden uitdrukkelijk melding gemaakt.
De overeenkomst met een gecontracteerde zorgverlener omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs en/of de kwaliteit en/of de doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt desgewenst door Avéro Achmea toegestuurd.
- D De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg zoals in de zorgpolis en de daarbij behorende polisvoorwaarden is omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- E De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Art. 3 Begin, duur en einde van de verzekering

A Begin van de verzekering

1. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop Avéro Achmea het verzoek tot het sluiten van de verzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
2. Indien degene ten behoeve van wie de verzekering wordt gesloten op de dag waarop Avéro Achmea het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt, reeds op grond van een verzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de verzekering te willen laten ingaan op een door verzekeringnemer aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
3. Indien de verzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonedig in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

B Duur van de verzekering

1. De verzekeringnemer kan de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de verzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
2. De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de verzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere verzekering wordt verzekerd.
3. De opzegging bedoeld in het tweede lid gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
4. In afwijking van het derde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens een andere verzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaand aan laatstbedoelde dag door Avéro Achmea is ontvangen.
5. De verzekeringnemer kan bij een verhoging van de premiegrondslag de verzekering opzeggen tegen de dag waarop de verhoging in werking treedt en in ieder geval gedurende 30 dagen nadat de verhoging van de premiegrondslag aan de verzekeringnemer is medegedeeld.
6. Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen, tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Indien de verzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is geëindigd door opzegging werkt de zorgverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
7. De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging

van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de beëindiging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan beide in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

1. De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
 - a. Avéro Achmea ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van Avéro Achmea komt te wonen;
 - c. de verzekerde overlijdt. Avéro Achmea dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
 - d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
2. De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied waarin Avéro Achmea de ten behoeve van verzekerde gesloten verzekering aanbiedt of uitvoert.
3. Avéro Achmea stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van artikel 3, C onder 1, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
4. De verzekeringnemer stelt Avéro Achmea onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van artikel 3 C, onder 1, onderdeel c of d, dan wel artikel 3, C onder 2 tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden.
5. Indien Avéro Achmea op grond van het in het artikel 3 C, onder 4 bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt Avéro Achmea dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
6. Aan een opzegging of ontbinding van de verzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
7. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Avéro Achmea niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in Hoofdstuk 1, artikel 5 onder B.

Art. 4 Verplichtingen van de verzekerde:

- A De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht om:
1. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart.
 2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de medisch adviseur daarom vraagt.
 3. aan Avéro Achmea, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
 4. Avéro Achmea behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
 5. in voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij Avéro Achmea in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.
- B. Indien de belangen van Avéro Achmea worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft Avéro Achmea geen kosten te vergoeden.
- C. Elektronisch notaverkeer en overige rechtstreekse betalingen:
Het door Avéro Achmea voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigde eigen risico- of bijdragebedrag en/of de door Avéro Achmea voorgeschoten en door de verze-

keringnemer verschuldigde niet verzekerde kosten worden verrekend met de eerstvolgende declaratie(s), danwel dienen op het eerste schriftelijke verzoek van Avéro Achmea aan haar te worden terugbetaald.

Art. 5 Premie, premiebetaling en schorsing

A 1. Premie

- a. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- b. Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
- c. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eigen risico.

2. Premiebetaling

- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.
Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Avéro Achmea gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c. q. te restitueren.
Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Avéro Achmea te vorderen vergoeding.
- b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

B Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kosten of vorderingen uit hoofde van kosten die Avéro Achmea voor verzekerde heeft voorgesloten, kan Avéro Achmea na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de 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 Avéro Achmea maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Avéro Achmea zijn ontvangen.

Art. 6 Algemene uitsluitingen

- a. Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf.
- b. Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekering bedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringssmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
In geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan Avéro Achmea ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.
Het van toepassing zijnde Protocol Afwikkeling Claims en het clauseblad Terrorismedekking is te raadplegen op www.terrorismeverzekerd.nl.

Art. 7 Herziening van premie

- a. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze door

Avéro Achmea aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

Art. 8 Kennisgeving van relevante gebeurtenissen

- a. De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand Avéro Achmea in kennis te (laten) stellen van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- b. Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde:
Avéro Achmea benadert de minderjarige verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met het verzoek kenbaar te maken voor welk eigen risico door verzekerde wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Avéro Achmea kenbaar maakt binnen de in het verzoek genoemde termijn, wordt een premie berekend overeenkomend met een zorgpolis zonder eigen risico.
- c. De verzekeringnemer of verzekerde is in geval verzekerde is gedetineerd, verplicht binnen een maand na ingang van de betreffende detentie Avéro Achmea daarvan in kennis te stellen.

Art. 9 Overige voorwaarden

A Onwaarschijnlijke weergave van feiten

- Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst: Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
1. Avéro Achmea vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug;
 2. Avéro Achmea heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, en/of vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

B Onrechtmatige inschrijving

1. Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.
2. Avéro Achmea zal de in rekening gebrachte premie, te rekenen vanaf de dag dat de verzekeringsplicht voor verzekerde niet langer bestond, verrekenen met de door verzekerde sindsdien voor zijn rekening van Avéro Achmea genoten zorg, en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij verzekerde in rekening brengen.

Art. 10 Registratie van persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering vraagt Avéro Achmea om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruikt Avéro Achmea voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie.

Art. 11 Geschillen

- A Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- B Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door Avéro Achmea, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kunnen eerstgenoemden Avéro Achmea verzoeken deze beslissing te heroverwegen.
Een dergelijk verzoek dient schriftelijk te worden gericht aan de directie van Avéro Achmea.
- C Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door Avéro Achmea wordt gereageerd, dan wel Avéro Achmea gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.
- D In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Postbus 291, 3700 AG Zeist
Deze stichting kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het toepasselijke reglement.

Hoofdstuk 2 Dekking zorgverzekering

Inhoudsopgave:

- Art. 1 Inleiding
- Art. 2 Aanspraken geneeskundige zorg
 - A Medisch-specialistische zorg
 - B Verloskundige zorg en kraamzorg
 - C Overige medisch-specialistische zorg
 - D Paramedische zorg:
 - E Zorg door een huisarts
 - F Mondzorg
 - G Farmaceutische zorg
 - H Hulpmiddelenzorg
 - I Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer:
- Art. 3 Buitenland
- Art. 4 Uitsluitingen
- Art. 5 Algemeen
- Art. 6 No-claimeruggave
- Art. 7 Eigen risico

Art. 1 Inleiding

- A Deze zorgverzekering omvat aanspraken op zorg en vergoeding van kosten van zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige op grond van de Zorgverzekeringswet.
- B
1. Voor bepaalde verzekerde prestaties heeft verzekerde recht op zorg (natura), zoals beschreven in Hoofdstuk 2, in:
 - artikel 2, A onder 1,2 en 3, "Medisch-specialistische zorg";
 - artikel 2, B onder 5, "Kraamzorg thuis";
 - artikel 2, D onder 1A en 1B, "Fysiotherapie en oefentherapie";
 - artikel 2 onder G en H, "Hulpmiddelenzorg";
 - artikel 2, I onder 2, "Zittend ziekenvervoer".Bij gecontracteerde zorg, verleend door een niet gecontracteerde zorgverlener, bestaat, behoudens de eigen bijdragen, aanspraak op een lagere vergoeding van de kosten. Indien van dit laatste sprake is, wordt daarvan in de voorwaarden uitdrukkelijk melding gemaakt.
 2. Voor overige verzekerde prestaties heeft verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie). De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg vindt plaats tot maximaal het op moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de Wet Marktordering Gezondheidszorg (WVG). Indien en voorzover, op basis van de WVG, geen (maximum) tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- C Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, door een door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling. In dat geval vindt aanspraak op vergoeding van kosten plaats tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgverlener, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.
- Bij het vaststellen en uitvoeren van haar beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Avéro Achmea voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- D Indien en voor zover Avéro Achmea meer vergoedt dan waartoe zij krachtens deze overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan Avéro Achmea te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Avéro Achmea van het door Avéro Achmea aan de zorgverlener teveel betaalde.

Art. 2 Aanspraken geneeskundige zorg (excl. Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg)

A Medisch-specialistische zorg

Voor de vergoeding van de kosten respectievelijk verstrekking van deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

1. Ziekenhuisopneming

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten respectievelijk verstrekking van opneming op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd en telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opneming.

Voor een aantal behandelingen geldt dat wanneer verzekerde gebruik maakt van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener, verzekerde recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dit geldt voor de volgende behandelingen:

- Liesbreuk;
- Spataderen;
- Keel/Neusamandelen;
- Borstverkleining met medische indicatie;
- Staaroperatie;
- Herniabehandeling;
- Heupoperatie (i.v.m.artrose);
- Knieoperatie(i.v.m.artrose).

2. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een ziekenhuis of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Verder bestaat aanspraak op medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Indien de in artikel 2 A onder 1 genoemde behandelingen plaatsvinden in een niet door Avéro Achmea gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, bestaat aanspraak op vergoeding van 95 % van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Geadviseerd wordt vooraf gaande aan de bedoelde behandelingen contact met Avéro Achmea op te nemen.

3. Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling van een door Avéro Achmea gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Aanspraak bestaat op:

- medisch specialistische zorg;
 - de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- Indien de in artikel 2 A onder 1 genoemde behandelingen worden verricht door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialist bestaat aanspraak op vergoeding van 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.
- ##### 4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard
- Er bestaat slechts aanspraak op behandeling van plas-

- atisch-chirurgische aard indien die strekt ter correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelsespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

5. Uitgesloten medisch-specialistische zorg

Geen aanspraak bestaat op:

- behandelingen -daaronder begrepen de in dat verband benodigde farmaceutische zorg-gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, de tweede en de derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.
- behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van mannelijke verzekerde.

B Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op vergoeding van kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.

De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden danwel zelfstandig werkende of aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en -voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

1. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg als bedoeld in Hoofdstuk 2, artikel 2 "aanspraken geneeskundige zorg" onder A, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

2. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum

- Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten van verloskundige hulp en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 102,- per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.
- Indien de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en, met

ingang van de dag van bevalling voor haar kind, aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 102,- per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

3. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 102,- per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in het hieronder vermelde lid 4 "bevalling en kraambed thuis" sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid 4 sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

4. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op vergoeding van kosten van:

- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- kraamzorg verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, gedurende ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. De omvang van de kraamzorg hangt samen met de persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door Avéro Achmea in goed overleg met verzekerde, conform het landelijk indicatieprotocol kraamzorg, vastgesteld. Op de vergoeding onder c blijft een bedrag van € 8,60 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

5. Kraamzorg thuis

Bij kraamzorg thuis kan de vrouwelijke verzekerde er voor kiezen om de voor haar noodzakelijke kraamzorg door Avéro Achmea te laten regelen. Indien zij hiervoor kiest, vervalt de eigen bijdrage van € 5,- per uur.

In dat geval geldt alleen de wettelijke eigen bijdrage van € 3,60 per uur. De omvang van de kraamzorg hangt samen met de persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door Avéro Achmea in goed overleg met verzekerde, conform het landelijk indicatieprotocol kraamzorg, vastgesteld. Het indicatieprotocol maakt deel uit van deze polis en kan worden opgevraagd bij Avéro Achmea. Als verzekerde gebruik maakt van de door Avéro Achmea geregelde kraamzorg, dient verzekerde uiterlijk in de 5e maand van de zwangerschap contact op te nemen met Avéro Achmea.

C Overige medisch-specialistische zorg

1. Revalidatie

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en,
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. Revalidatie kan plaatsvinden:
 - in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;

- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling). Voor de hiervoor onder 1 en 2 bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij Avéro Achmea is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer Avéro Achmea als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een deugdelijk gemotiveerd behandelplan van de behandelend/verwijzend arts. Dit behandelplan dient ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

2. Orgaantransplantaties

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas.

Donor

Onder de aanspraak valt tevens de vergoeding van kosten van zorg waarop ingevolge hoofdstuk 2 van deze polis aanspraak bestaat in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie. Vergoeding van de hiervoor genoemde kosten, voor zover gemaakt aan de kant van de donor, vindt plaats aan de donor gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op vergoeding van kosten voor vervoer dan wel de vergoeding van kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname in en ontslag uit het ziekenhuis en met de hiervoor bedoelde zorg ten behoeve van de donor. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten. Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf van Avéro Achmea.

De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

3. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of verleend ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoren tevens

- a. de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- b. de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- c. de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover Avéro Achmea die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- d. de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover Avéro Achmea die kosten rede-

lijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;

- e. de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

4. Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg in een beademingscentrum.

In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

- a. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
 - b. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege het beademingscentrum.
- ## 5. Oncologische aandoeningen bij kinderen
- Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).
- ## 6. Trombosedienst
- Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. De zorg omvat:
- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
 - b. het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
 - c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
 - d. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in lid c aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
 - e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

7. Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een arts of medisch specialist.

De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale 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 adviesing plaatsvinden.

8. Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- a. onderzoek naar de gehoorfunctie,
- b. adviesing over de aan te schaffen gehoorapparatuur,
- c. voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- d. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie,
- e. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

De hiervoor onder a. t/m e genoemde zorg door een audiologisch centrum dient plaats te vinden op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

D Paramedische zorg

De aanspraak van paramedische zorg omvat verstrekking van fysiotherapie en oefentherapie en de vergoeding van kosten van ergotherapie, logopedie en dieetadviesing. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg die fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden. Om het recht op vergoeding van de kosten te kunnen beoordelen is verzekerde verplicht bij de nota van de eerste behandeling die verzekerde ter declaratie bij Avéro Achmea indient, een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de verwijzend arts te voegen. De nota en de betreffende toelichting van de arts, die de behandeling noodzakelijk heeft geacht, kunnen worden gezonden aan Avéro

Achmea, ter attentie van de medisch adviseur.

1. Fysiotherapie en oefentherapie

a. Fysiotherapie en oefentherapie bij een chronische indicatie (conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering)

1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat aanspraak op verstrekking van behandeling door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut. De behandeling dient plaats te vinden op basis van een verwijzing door een arts of medisch specialist .

Vergoeding van de hiervoor genoemde behandeling vindt alleen plaats indien er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde chronische aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe.

2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat aanspraak op verstrekking respectievelijk vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, vanaf de tiende behandeling van het aantal noodzakelijke behandelingen. De behandeling dient plaats te vinden op basis van een verwijzing door een arts of medisch specialist. Indien sprake is van arbeidsgerelateerde klachten kan aanspraak gemaakt worden op vergoeding van de kosten van fysiotherapeutische behandeling door een bedrijfsfysiotherapeut.

Vergoeding van de hiervoor genoemde behandeling vindt alleen plaats indien er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde chronische aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe.

Op grond van het bovenstaande bestaat recht op verstrekking van fysiotherapie. Indien de behandeling plaats vindt door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde fysiotherapeut, bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal € 20,- per behandeling.

b. Fysiotherapie en oefentherapie bij een niet-chronische indicatie

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat aanspraak op verstrekking respectievelijk vergoeding van de kosten van de eerste negen behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen per indicatie, per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat. Op grond van het bovenstaande bestaat recht op verstrekking van fysiotherapie. Indien de behandeling plaats vindt door een niet door Avéro Achmea gecontracteerde fysiotherapeut, bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal € 20,- per behandeling.

2. Ergotherapie

Aanspraak op ergotherapie omvat vergoeding van de kosten van advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een arts, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

3. Logopedie

Aanspraak op logopedie omvat vergoeding van de kosten van behandeling door een logopedist, op voorschrift van de arts, tandarts of orthopedagoog, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

4. Dieetadvisering

Aanspraak op dieetadvisering omvat vergoeding van de kosten van de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts of tandarts, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

E Zorg door een huisarts

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de

verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg verleend door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

F Mondzorg (tandheelkundige zorg)

Inleiding:

Mondzorg omvat vergoeding van kosten van de tandheelkundige zorg zoals tandartsen, die plegen te bieden. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist.

1. Vergoedingsregeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de volgende behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meerdere keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer dan tweemaal per jaar op die hulp is aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- gnathologische hulp;
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden in het blijvend gebit betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

2. Vergoedingsregeling voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van paradontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/ of onderkaak.

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed. Volledige vergoeding wordt verleend voor de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese 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/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van Avéro Achmea is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen. Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450,- per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

3. Regeling mondzorg bij bijzondere tandheelkunde.

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is indien:

- de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelings-

stoornis, groei stoornis of verworven afwijking van het tand- kaak- mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

- b. de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- c. een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- d. Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onder de hiervoor bedoelde zorg onder a t/m c begrepen, indien sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- e. Orthodontische hulp is slechts onder hiervoor bedoelde zorg onder a begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei stoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- f. Voor de verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge artikel 2 F, lid 3 onder a, respectievelijk de extreem angstige verzekerde die zijn aanspraken ingevolge artikel 2 F, lid 3 onder b tot gelding brengt, is het volgende van toepassing:
Indien sprake is van de volgende tandheelkundige behandelingen:
 - preventief onderzoek,
 - incidenteel consult (klachtconsult),
 - extractie,
 - parodontale hulp,
 - endodontische hulp,
 - restauratie van gebitselementen met plastische materialen,
 - uitneembare prothetische voorzieningen,is verzekerde een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien de hiervoor genoemde tandheelkundige behandelingen niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd.
Het hiervoor vermelde is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- g. De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in Artikel 2 F, lid 3 onder a t/m c, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,-.
- h. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten voor de hulp, bedoeld artikel 2 F, lid 1, onder l en artikel 2 F, lid 3 onder a t/m c, is voorafgaande toestemming van Avéro Achmea vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandlingsplan gevoegd. De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- i. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurgie is voorafgaande toestemming van Avéro Achmea vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.
- j. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg als bedoeld in artikel 2F lid 3, a t/m e, verleend door een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van Avéro Achmea vereist.

G Farmaceutische zorg

1. Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op levering van:
 - a. de door Avéro Achmea op basis van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden

afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;

- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

2. De genoemde aanspraak bestaat op levering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Avéro Achmea. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg van Achmea dat onderdeel uitmaakt van deze verzekering en desgewenst door Avéro Achmea wordt toegestuurd.

Bij de levering van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en dieetpreparaten door een niet-gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts is verzekerde een eigen bijdrage van € 2,50 per aflevering verschuldigd.

De aanwijzing door Avéro Achmea geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Tenzij Avéro Achmea nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder sub G, punt 1 van dit artikel genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van een arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

Voor de aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden nadere voorwaarden zoals opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt Avéro Achmea in het reglement farmaceutische zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.

3. Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen als bedoeld in de artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op 150.000 personen en die kunnen worden aangemerkt als rationele farmacotherapie;
- c. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- d. geneesmiddelen die worden afgeleverd in verband met een ziekterisico in verband met reizen.
4. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij ministeriële regeling is geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.
5. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding van kosten in aanmerking als er sprake is van een verzekerde:
 - a. die lijdt aan een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, of
 - b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
 - een chronisch obstructief longlijden,
 - een cystische fibrose of
 - een ernstige congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

H Hulpmiddelenzorg

1. Aanspraak bestaat op de verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen van Achmea zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en wordt desgewenst toegestuurd door Avéro Achmea. In het Reglement Hulpmiddelen is verder bepaald welke hulpmiddelen door Avéro Achmea in bruikleen worden verstrekt of vergoed. Wanneer een hulpmiddel wordt aanschaf bij een niet door Avéro Achmea gecontracteerde leverancier, kan de vergoeding lager zijn dan bij een gecontracteerde leve-

rancier. Verzekerde dient dan rekening te houden met een (extra) bijdrage in de kosten van aanschaf. Een overzicht van de gecontracteerde leveranciers in uw omgeving kan worden opgevraagd bij Avéro Achmea. Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, overeenkomstig het reglement Hulpmiddelen.

2. Daar waar Avéro Achmea dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel is voorafgaande toestemming van Avéro Achmea vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
3. De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
4. De te verstrekken hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Avéro Achmea.
5. Aanspraak op verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
6. Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de aanspraak. Evenmin vallen onder de aanspraak die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop ingevolge de AWBZ aanspraak bestaat.

Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer:

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

1. Ambulancevervoer

- a. Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor vervoer per ambulance in Nederland, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij Avéro Achmea toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.
- b. De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten – met inachtneming van een eventueel eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen. Voorts omvat de aanspraak het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven. De aanspraak op de vergoeding van kosten bevat verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt. De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat tevens het vervoer van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.
- c. Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

2. Zittend ziekenvervoer

- a. Mits vooraf aangevraagd bij de Achmea Vervoerslijn, bestaat aanspraak op vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per taxi of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:
 - de verzekerde moet nierdialyse ondergaan;
 - de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
 - de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan

verplaatsen moet vervoerd worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;

- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt. Avéro Achmea kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien Avéro Achmea de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- b. Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de zogenoemde hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.
- c. Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.
- d. Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding medisch noodzakelijk is dan wel het de begeleiding van een verzekerde jonger dan 16 jaar betreft. In bijzondere gevallen kan Avéro Achmea vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- e. Verzekerde dient gebruik te maken van de Vervoerslijn en de door Avéro Achmea gecontracteerde ziekenvervoerders. Indien op grond van de in artikel 3, lid 1, sub 2 genoemde criteria aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer en verzekerde maakt geen gebruik van de Vervoerslijn en de door Avéro Achmea gecontracteerde ziekenvervoerders, bestaat aanspraak op vergoeding van max € 0,70 per gereden km.
- f. Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 85,- per persoon per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

Art. 3 Buitenland

A Wonen

1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
 - zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Avéro Achmea in het buitenland is gecontracteerd;
 - vergoeding van kosten van zorg van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
 - indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is;
 - het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
2. De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
 - zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Avéro Achmea in het woonland is gecontracteerd;
 - vergoeding van kosten van zorg van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
 - indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is;
 - het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.

3. De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Avéro Achmea gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
 - indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is;
 - het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
4. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de Avéro Achmea vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid artikel 3 onder A aangegeven vergoeding.

B Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

1. Voor zorg aan de verzekerde, die in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan het woonland, heeft deze naar keuze aanspraak op:
 - zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door ons in dat het woonland is gecontracteerd;
 - vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
 - indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
 - indien van toepassing, zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
2. Voor zorg aan de verzekerde die woont in Nederland of ander EU/EER-land of Verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, is artikel 3, A onder 3 van overeenkomstige toepassing.
3. Voor zorg aan de verzekerde die niet in Nederland of ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, is artikel 3, A onder 3 van overeenkomstige toepassing.

Art. 4 Uitsluitingen

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij bij ministeriële Regeling anders is bepaald;
- griepvaccinaties;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.

Art. 5 Algemeen

A Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polisvoorwaarden omschreven.

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polisvoorwaarden, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en Avéro Achmea voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

- B **Opneming in een andere dan de verzekerde klasse**
Bij opneming in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.
- C **Begin en einde van de vergoeding**
Indien verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze polisvoorwaarden recht heeft op vergoeding van door verzekerde gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover verzekerde zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

Art. 6 No-claimteruggave

- A Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg, danwel het schadebedrag dat door Avéro Achmea is uitgekeerd op basis van met deze zorgverzekering verzekerde zorg inclusief het schadebedrag verbandhoudende met de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen, minder bedraagt dan € 255,- heeft de verzekerde jegens Avéro Achmea recht op betaling van een bedrag, de zogenoemde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:
 1. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 2. de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
- B Verzekerden die op 31 december van het in lid A bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn, komen niet in aanmerking voor een no-claimteruggave.
- C Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in lid A is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar bepalend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van Avéro Achmea worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door Avéro Achmea vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden verrekend met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.
- D Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, of indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt de no-claimteruggave berekend door het no-claimbedrag ad € 255,- in het betreffende kalenderjaar te verminderen met een breuk waarvan de noemer gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar en de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering van kracht was dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was.
- E Indien het voorgaande van toepassing is wordt de no-claimteruggave berekend door het bedrag dat op basis van lid D berekend is, als volgt te verminderen met de waarde van de verzekerde prestaties:
 - Indien de verzekering in de loop van het kalenderjaar tot stand is gekomen wordt het berekende bedrag verminderd met het schadebedrag dat door Avéro Achmea is uitgekeerd met betrekking tot behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de dag van de totstandkoming van de verzekering;
 - Indien de verzekering in de loop van het kalenderjaar wordt beëindigd wordt het berekende bedrag verminderd met het schadebedrag dat door Avéro Achmea is uitgekeerd met betrekking tot behandelingen die hebben plaatsgevonden tot de dag waarop de verzekering eindigde;
 - Indien een verzekerde in de loop van het kalenderjaar 18 jaar wordt, wordt het berekende bedrag verminderd met het schadebedrag dat door Avéro Achmea is uitgekeerd met betrekking tot behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de dag waarop premie verschuldigd werd.
- F Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt

de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

Art. 7 Eigen risico

- A De verzekeringnemer heeft het recht om, per verzekerde van 18 jaar en ouder, te kiezen voor een vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. Indien op de zorgpolis een eigen risico is vermeld, wordt dit eigen risico in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Indien een eigen risico is overeengekomen geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld op premiebijlage.
- B **Toepassing eigen risico**
De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent vallen buiten de kosten van het eigen risico:
Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
1. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 2. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen Avéro Achmea en de betreffende huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen. In die gevallen waarin, op grond van artikel 2 "aanspraken geneeskundige hulp" een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- C Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, bedoeld in artikel 6, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.
- D Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt danwel eindigt, is het eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- E Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen-risicobedrag op de volgende wijze berekend:
1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 2. de op grond van onder 1 berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 3. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- F Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- G Indien Avéro Achmea rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen-risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.