

Voorwaarden en vergoedingen

Voorwaarden en vergoedingen
(Studenten)StandaardPakketPolis en Aanvullende
verzekeringen

Inhoudsopgave

Inleiding	pagina 1
Verzekeringsvoorwaarden	pagina 2
1 Begripsomschrijvingen	pagina 2
2 Dekking	pagina 4
3 Algemeen	pagina 13
4 Verplichting van de verzekeringnemer	pagina 14
5 Premie en eigen risico	pagina 14
6 Herziening van premie of voorwaarden	pagina 15
7 Duur en einde van de verzekering	pagina 15
8 Geschillen en klachten	pagina 15
Vergoedingenoverzicht	pagina 17
Aanvullende verzekeringen	pagina 19
ZorgActief Extra	
GebitActief, GebitActief Extra, GebitActief Top	
Achmea health	
Tweede Klassenverzekering	

Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om uw persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor:

- acceptatie van de aanvraag;
- uitvoering van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
- fraudepreventie.

N.V. Interpolis Schade biedt u de zorgverzekering aan als gevolmachtigde agent. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is de verzekeraar.

Vragen en opvragen informatie?

Hebt u vragen of wilt u aanvullende informatie? Neemt u dan gerust contact op. Uw brief kunt u sturen aan

N.V. Interpolis Schade,
Postbus 13,
5000 AA Tilburg

U kunt ook bellen met **(0900) 476 96 74.**

Inleiding

Voor u liggen de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Wat vindt u hierin terug?

- 1 De Verzekeringsvoorwaarden
In deze Verzekeringsvoorwaarden leest u wat de voorwaarden van uw verzekering zijn.
- 2 Vergoedingenoverzicht
In dit overzicht ziet u in welk artikel we de vergoeding beschrijven en welke verzekering de vergoeding dekt.
- 3 Aanvullende verzekeringen
Hier leest u wat wordt vergoed door de aanvullende verzekeringen, ZorgActief Extra, GebitActief, GebitActief Extra, GebitActief Top, Achmea health en de Tweede Klassenverzekering.

Welke verzekeringen hebt u afgesloten?

Op uw verzekeringsbewijs staan de verzekering(en) die u hebt afgesloten. U hebt als verzekerde recht op de vergoedingen die vallen onder 'Achmea health' als u ZorgActief Extra hebt.

Collectieve overeenkomst

Hebt u via een collectieve ziektekostenovereenkomst een verzekering afgesloten? Dan maakt de inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst deel uit van deze verzekering. Het kan zijn dat de voorwaarden die u hier leest in strijd zijn met die collectieve ziektekostenovereenkomst. In dat geval gelden de voorwaarden van de collectieve ziektekostenovereenkomst.

Verzekeringsvoorwaarden

art 1 | Begripsomschrijvingen

- 1.1 De verzekeraar**
Degene die het ziektekostenverzekeringsbedrijf uitoefent met uitzondering van ziekenfondsen en aangewezen organen die publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren uitvoeren.
- 1.2 Ambulancevervoer**
Medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulanceauto.
- 1.3 Audiologische zorg**
Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.
- 1.4 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, waarbij de werkgever is aangesloten.
- 1.5 Bijkomende kosten**
De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.
- 1.6 Centrum voor bijzondere tandheelkunde**
Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- 1.7 Centrum voor erfelijkheidsadvies**
Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
- 1.8 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 medisch-specialist.
- 1.9 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)**
Een Diagnose Behandeling Combinatie beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. 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 verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.
- 1.10 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 weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.
- 1.11 Diëtist**
Een in Nederland gevestigde diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 1.12 Ergotherapeut**
Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 1.13 EU- en EER-staat**
Hieronder worden, behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, 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.
- 1.14 Farmaceutische zorg**
De bij ministeriële regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.
- 1.15 Fysiotherapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
- 1.16 Gezin**
De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.

- 1.17 Huisarts**
Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.18 Hulpmiddelen**
De bij ministeriële Regeling vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
- 1.19 Kaakchirurg**
Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.20 Kaakchirurgische behandeling**
Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.
- 1.21 Kinderfysiotherapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform 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.
- 1.22 Kraamzorg**
Kraamcentrum:
Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de verzekeraar als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg:
De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.
- 1.23 Laboratoriumonderzoek**
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.
- 1.24 Logopedist**
Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 1.25 Manueel therapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet
- 1.26 Medisch adviseur**
De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
- 1.27 Medische noodzaak**
Onderzoek, verpleging of behandeling, als gebruikelijk, noodzakelijk en doelmatig aan te merken, dit ter beoordeling van de medisch adviseur. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.
- 1.28 Medisch-specialist**
Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.29 Medisch-specialistische zorg**
Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.
- 1.30 Oedeemtherapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform 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.
- 1.31 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck**
Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 1.32 Opname**
Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch-specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn

- 1.33 Orthodontist**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.34 Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
- 1.35 Tandarts**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 1.36 Tandprotheticus**
Een in Nederland gevestigd tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".
- 1.37 Verloskundige**
Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- 1.38 Verzekerde**
Ieder die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
- 1.39 Verzekeringnemer**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.40 Wet BIG**
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 1.41 Zelfstandig behandelcentrum**
Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten en door de verzekeraar is geaccepteerd.
- 1.42 Ziekenhuis**
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum in Davos.

art **2** | **Dekking**

- 2.1 Omvang van de dekking**
Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de hierna genoemde in Nederland ondergane medische behandelingen, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief met inachtneming van de Wet tarieven gezondheidszorg. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde.
- 2.1.1 Eigen risico**
Op de polis is een eigen risico van € 500,- per gezin (voor alleenstaanden € 250,-) per kalenderjaar van toepassing. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Het eigen risico is niet van toepassing op zittend ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer. Hiervoor geldt een specifiek eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekeringnemer blijft, tellen deze niet mee voor het vol maken van het eigen risico. Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een eigen risico.
- 2.1.2 Opname en medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis**
Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening mag worden gebracht.
- Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden vergoed:
- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
 - de kosten van opname in de derde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
 - de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis;
 - de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moeder, in het ziekenhuis moet verblijven worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

Toestemming:

In het geval dat er sprake is van verblijf in een ziekenhuis van meer dan 21 dagen, moet een verzoek tot voortgezet ziekenhuisverblijf bij de verzekeraar ingediend worden, onder opgave van de reden van verdere medisch-specialistische behandeling en verblijf in een ziekenhuis.

Op het moment dat niet langer gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een ziekenhuis aanwezig zijn, dient dit direct aan de verzekeraar gemeld te worden.

2.1.3 Medisch-specialistische zorg, anders dan door of vanwege een ziekenhuis, in een huispraktijk

Vergoed wordt het honorarium van de medisch-specialist voor de medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend.

2.1.3.1 Medisch-specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ZBC een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ZBC met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening mag worden gebracht.

Een lijst van zelfstandige behandelcentra is desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar.

2.1.3.2 Medisch-specialistische zorg elders

Vergoed wordt het honorarium van de medisch-specialist.

2.1.3.3 Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astma Centrum in Davos, Zwitserland (NAD)

Vergoed worden de kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum in Davos, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland. De verzekeraar dient op een desbetreffend verzoek tevoren een machtiging afgegeven te hebben. De af te geven machtiging geldt voor een periode van zes weken tenzij door de verzekeraar anders is bepaald.

2.1.4 Revalidatie

2.1.4.1 Vergoed worden de kosten van revalidatie.

Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- 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 bewegingsapparaat 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.

2.1.4.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd-of dagbehandeling).

2.1.4.3 Vergoeding van de kosten, bedoeld onder lid 2.1.4.1 en 2.1.4.2 vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de verzekeraar is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de verzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste 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.

2.1.5 Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen

2.1.5.1 Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudend huisarts, tenzij de verzekeraar anders bepaalt. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De verzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts

vergoeding wordt verleend voor het door de verzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddel, tenzij het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde volgens de behandelend arts niet medisch verantwoord is. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

2.1.5.2 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed - overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - na vooraf verleende toestemming door de verzekeraar. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

2.1.5.3 De kosten voor verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

2.1.6 Hulpmiddelen

2.1.6.1 Vergoed worden de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen overeenkomstig de ministeriële Regeling Hulpmiddelen (inclusief de maximumbedragen) en het door de verzekeraar nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar bij de verzekeraar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar.

2.1.6.2 Daar waar de verzekeraar dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor aanschaf, vervanging, herstel of bruikleen van het betreffende hulpmiddel tijdige, voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. De algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende, vereisten zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen.

2.1.6.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële Regeling Hulpmiddelen en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

2.1.7 Fysiotherapie en oefentherapie

2.1.7.1 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar:

Vergoed worden de kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut dan wel oedeemtherapeut, 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar of 9 behandelingen door een kinderfysiotherapeut per indicatie per kalenderjaar op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd. Indien en voor zover geïndiceerd op verwijzing van huisarts of medisch-specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is voorafgaande toestemming van de verzekeraar noodzakelijk.

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie of kinderfysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) of oedeemtherapie dan wel oefentherapie Mensendieck/oefentherapie Cesar in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie.

Hiervoor is voorafgaande toestemming van de verzekeraar vereist. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Met betrekking tot alle vormen van fysiotherapeutische zorg, in deze bepaling genoemd, kan de verzekeraar nadere regels stellen, onder meer met betrekking tot de hoogte van het tarief. Deze regels zijn opvraagbaar bij de verzekeraar.

2.1.7.2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) of oedeemtherapie dan wel oefentherapie Mensendieck/Cesar in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld dan bestaat vanaf de tiende behandeling recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie. Hiervoor is vooraf toestemming vereist van de verzekeraar. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Bij de te verlenen toestemming kan de verzekeraar nadere voorwaarden stellen, onder meer met betrekking tot de hoogte van het

tarief. Deze regels zijn opvraagbaar bij de verzekeraar.

2.1.8 Ergotherapie

De vergoeding omvat de kosten van advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 uur per kalenderjaar, op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, 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.

2.1.9 Logopedie

Vergoed worden de kosten van behandeling op voorschrift van de (tand)arts door een logopedist. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.1.10 Huisarts

Bij hulp door of vanwege de huisarts heeft de verzekerde recht op vergoeding van het honorarium (met inbegrip van de specifieke toeslagen) van de huisarts, respectievelijk door de dienstenstructuur, waarbij deze is aangesloten, in rekening gebrachte kosten en van eventuele andere kosten volgens de rechtsgeldige tarieven. Tevens worden vergoed de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.1.11 Bevalling en kraamzorg

Voor de vrouwelijke verzekerde geldt ter zake bevalling en kraamzorg de volgende vergoedingsregeling:

2.1.11.1 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: De kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening mag worden gebracht.

2.1.11.2 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum (niet medisch noodzakelijk)

Indien de bevalling en het kraambed in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind,

met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- De kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening mag worden gebracht.

Op deze vergoeding blijft een bedrag van € 21,78 per opnamedag voor rekening van de verzekeringnemer.

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

- Indien de bevalling plaatsvindt in een kraamcentrum zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van:

- a. de kosten in rekening gebracht door het kraamcentrum, gedurende maximaal 10 dagen tot ten hoogste € 154,97 per opnamedag;
- b. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of verloskundige of huisarts. Op de vergoeding genoemd onder a. blijft een bedrag van € 21,78 per opnamedag voor rekening van de verzekeringnemer.

2.1.11.3 Bevalling en kraambed thuis

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

- a. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of huisarts of verloskundige;
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, van tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en

kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum in overleg met de verzekeraar.

Op de vergoeding onder c. blijft een bedrag van € 3,50 per uur zorg voor rekening van de verzekeringnemer.

2.1.11.4 Poliklinische bevalling:

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

- a. de kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening wordt gebracht. Op deze vergoeding blijft een bedrag van € 21,78 per opnamedag voor rekening van de verzekeringnemer;
- b. de kosten van kraamzorg zoals genoemd onder punt 2.1.11.3 lid c.

2.1.11.5 Combinatie van de zorg genoemd onder 2.1.11.1 t/m 2.1.11.4

Bij een combinatie van de hierboven genoemde zorg worden de kosten voor maximaal 10 in tijdsvolgorde in rekening gebrachte dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze 'dubbele' dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen.

2.1.12 Tandheelkundige zorg

2.1.12.1 Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoed worden de kosten tot maximaal € 227,- per persoon per kalenderjaar. Niet vergoed worden de kosten van orthodontie en de kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen en implantaten in een betande kaak.

2.1.12.2 Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- of onderkaak door de tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij vervaardiging en plaatsing door een tandprotheticus komt alleen voor vergoeding in aanmerking de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- of onderkaak. Bij deze behandelingen door de hiervoor vermelde zorgverleners wordt 75% van de gedeclareerde bedragen vergoed. Voor 100% worden de kosten vergoed van

reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese door een tandarts of tandprotheticus.

Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van de verzekeraar 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.

2.1.12.3 Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

De vergoeding omvat 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 verzekeraar dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te geven voor de behandeling.

2.1.12.4 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Vergoed worden 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 tenminste tien dient te zijn;
- b. een kaakgewrichts-afwijking (pijndysfunctie-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).

In aanvulling op hetgeen hierboven onder a. en c. is vermeld, bestaat uitsluitend voor de verzekerde jonger dan 18 jaar ook recht op vergoeding van de kosten welke verband houden met vervanging van één (of meerdere) ontbrekende blijvende snijtand(en) of hoektand(en), doch uitsluitend indien het ontbreken van de betreffende tand(en) het gevolg is van het niet aangelegd zijn of het gevolg is van een ongeval.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling van de afwijking zoals onder a t/m e genoemd een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- de verzekeraar 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 gedeclareerde bedragen.

2.1.12.5 Kaakchirurgische behandeling

De vergoeding omvat

- het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige zorg die niet gepaard gaat met een opname. Deze zorg omvat niet parodontale chirurgische hulp. Voor zover de zorg betrekking heeft op tandheelkundige implantaten zij verwezen naar art. 2.1.12.6;
- de bijkomende kosten.

2.1.12.6 Tandheelkundige implantaten

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

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak, en
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese, en
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, vooraf toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

2.1.12.7 Mesostructuur en prothese op implantaten

Vergoed worden de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien:

- de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde, en
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Per overkappingsprothese in de onder- dan wel de bovenkaak komt een bijdrage van € 90,- per kaak voor rekening van de verzekerde.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van € 90,- per kaak voor rekening van de verzekerde.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande volledige overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

2.1.12.8 Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

De vergoeding omvat de kosten van tandheelkundige zorg welke voor de betrokken verzekerde met het oog op zijn handicap redelijkerwijs is aangewezen.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2.1.13 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

2.1.13.1 Ambulancevervoer

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer in Nederland - uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (openbaar, taxi of auto) om medische redenen niet verantwoord is - zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, kraamcentrum of een instrumentenmaker voor het aanpassen van een prothese. Het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens de Standaard(pakket)polis - en met inachtneming van het eigen risico - geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking (kunnen) komen.

Vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling is een AWBZ-verstrekking.

2.1.13.2 Zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (taxi of auto) worden de kosten vergoed indien de behandelend arts verklaart dat

- de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemo- of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig beperkt is dat verplaatsing zonder begeleiding niet mogelijk is.

Voorts kan een beroep worden gedaan op toepassing van een hardheidsclausule buiten de hierboven genoemde gevallen. Verzekerde dient dan volgens de verklaring van de behandelend arts vanwege een langdurige ziekte of aandoening in verband met behandeling hiervan langdurig en gedurende meerdere keren per week te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer.

Aan de verzekeraar dient vooraf toestemming te worden gevraagd.

Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van de eerste € 45,38 per gezin per

kalenderjaar (voor alleenstaanden € 22,69 per kalenderjaar) niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,18 per kilometer.

2.1.14 Leukemie bij kinderen

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

2.1.15 Nierdialyse

Bij niet-klinische hemodialyse in een dialysecentrum worden de kosten vergoed van de verleende nierdialyse, alsmede van het daarmee verband houdende onderzoek, de behandeling en de verpleging. Tevens worden de kosten verband houdende met de door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding vergoed.

Bij dialyse ten huize van de verzekerde komen behalve de hiervoor vermelde kosten ook de navolgende kosten voor vergoeding in aanmerking:

- de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Tevens vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen. De kosten worden alleen vergoed voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien;
- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de hemodialyseapparatuur met toebehoren, de vergoeding van 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.

2.1.16 Orgaantransplantaties

Vergoed worden 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 weefseltypingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de verzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de 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.

- 2.1.17 Chronisch intermitterende beademing**
Vergoed worden de kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een medisch-specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.
- 2.1.18 Audiologisch centrum**
Vergoed worden de kosten van zorg door een - daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.
- 2.1.19 Trombosedienst**
Vergoed worden de kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch-specialist.
- 2.1.20 Erfelijkheidsonderzoek**
Vergoed worden de kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts 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 erfelijkheidsadvisering 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 advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere persoon of personen.
- 2.1.21 Dieetadvisering**
Vergoed worden de kosten van maximaal vier uur behandeling per kalenderjaar per verzekerde, te verlenen door een diëtist. Er dient sprake te zijn van een verwijzing door arts of tandarts.
- 2.2 Buitenland**
De in de polis vermelde woorden die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit polisartikel.

2.2.1 Niet-spoedeisende zorg

2.2.1.1 Woonachtig in Nederland, zorg in een andere staat van de EU/EER

De vergoeding van de kosten van zorg in een andere EU/EER-staat bedraagt ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de Standaard(pakket)polis zou zijn vergoed.

De kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer of zittend ziekenvervoer worden in dat geval conform het bepaalde in artikel 2.1.13 vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

Ter toelichting: opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval, is het aan te bevelen dat de verzekerde in een voorkomend geval van te voren met de verzekeraar contact opneemt.

2.2.1.2 Woonachtig buiten Nederland

Indien verzekerde niet in Nederland woonachtig is, maar in een andere EU/EER-staat of ander verdragsland, bestaat in het woonland recht op vergoeding van kosten, overeenkomstig de aanspraken die een in Nederland woonachtige verzekerde op grond van deze polis heeft, echter op basis van het tarief dat van toepassing is in het betreffende woonland, onder aftrek van het op de polis geldende eigen risico en de eigen bijdragen. Indien de verzekerde niet-spoedeisende zorg in Nederland of in een andere EU/EER-staat dan het woonland betreft, dan is de vergoeding van de kosten achtereenvolgens gebaseerd op de in Nederland in rekening gebrachte tarieven, dan wel bedraagt deze maximaal 100 % van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verleend en op basis van de dekking van de Standaard(pakket)polis zou zijn vergoed.

Artikel 2.2.1.2 is van overeenkomstige toepassing indien de verzekerde als in Nederland werkende grensarbeider of gezinslid van een zodanige grensarbeider woonachtig is in één van de landen waarmee Nederland een bilateraal verdrag op het gebied van de sociale zekerheid heeft gesloten.

2.2.2	Spoeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland		verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
2.2.2.1	Indien verzekerde, woonachtig in Nederland (dan wel woonachtig in een andere EU/EER-staat), buiten zijn woonland verblijft, heeft hij aanspraak op vergoeding van kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg. Deze aanspraak omvat: - medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval; - medisch-specialistische zorg zonder opname; - behandeling door een huisarts; - farmaceutische zorg op voorschrift van een huisarts of een medisch-specialist. Voornoemde kosten worden vergoed tot ten hoogste 200% van de kosten die, met toepassing van verzekeringsvoorwaarden, zouden worden vergoed indien de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan. Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland, dan wel het woonland.	2.3.2	voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
2.2.2.2	Vergoeding van de kosten van de in het vorige lid genoemde zorg omvat voorts vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer of zittend ziekenvervoer, conform het bepaalde in artikel 2.1.13, naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde medisch-specialist.	2.3.3	voor zorg die een verstrekking is van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, maar die, vanwege het feit dat verzekerde woonachtig is in het buitenland, niet krachtens de AWBZ kan worden vergoed;
2.2.2.3	Vergoeding van de in het artikel 2.2.2.1 bedoelde kosten tot ten hoogste 200% wordt niet verleend, indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan.	2.3.4	voor onderzoek en behandeling door een psycholoog;
2.2.3	De vergoeding van de verzekerde kosten, bedoeld in artikel 2.2.1 en 2.2.2, geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de verzekeraar zijn ontvangen.	2.3.5	voor alternatieve geneeswijzen;
2.3	Uitsluitingen Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:	2.3.6	voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
2.3.1	indien verzekerde als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade, respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, enige wet of andere voorziening, al dan niet van oudere datum, is de verzekering op basis van de Standaard(pakket)polis pas in de laatste plaats geldig. In een dergelijk geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop	2.3.7	voor vormverbeterende behandelingen/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;
		2.3.8	voor de navolgende behandelingen: - behandeling bij snurken (uvuloplastiek); - behandeling voor correctie van bovenoogleden, voor correctie van de oorstand en voor correctie van de buikwand (vetschortoperatie); - behandeling voor het operatief plaatsen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Het betreft ook operaties ter vervanging van (gedeeltelijke) borstprothesen;
		2.3.9	voor alle behandelingen gericht op, of gepaard gaand met, het bevorderen of tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde;
		2.3.10	voor sterilisatiebehandelingen en hersteloperaties na sterilisatie, zowel voor man als vrouw;
		2.3.11	voor kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
		2.3.12	voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken, keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de regeling Farmaceutische Zorg anders is bepaald;
		2.3.13	voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand,

binnenlandse onlusten, oproer en muerij. Dit overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;

- indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade). Zowel een omschrijving van de voornoemde definities als het clauseleblad terrorismedekking is op aanvraag bij de verzekeraar verkrijgbaar.

2.3.13.1 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

2.3.13.1.1 De uitsluiting onder 2.3.13.1 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 radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225).

2.3.13.1.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 2.3.13.1.1 geen toepassing.

art **3** | **Algemeen**

3.1 Grondslag van de verzekering
De grondslag van de verzekering vormen de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden, het Uitvoeringsbesluit vergoedings particulier verzekerden alsmede het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier. De schriftelijke gegevens die bij het aanvraagformulier afzonderlijk door de verzekerde zijn verstrekt vormen, met de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens, de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door

of namens de verzekeraar gestelde vragen, kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

3.2 Kinderen

3.2.1 Voor kinderen, geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen vier maanden na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt 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 adoptiekinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen vanaf 18 jaar tot 30 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1 en afdeling 6.4. van de Wet inkomstenbelasting 2001, jo. Artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

3.3 Opname in een hogere dan de verzekerde klasse

Bij opname in een ziekenhuis in een hogere klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de derde klasse.

3.4 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. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie, 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.

3.5 Registratie van persoonsgegevens
De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie.

art **4** | **Verplichtingen van de verzekeringnemer**

4.1 De verzekeringnemer is verplicht

- 4.1.1 de behandelend huisarts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;
 - 4.1.2 aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - 4.1.3 de verzekeraar 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 verzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;
 - 4.1.5 bij medisch-specialistische zorg een verwijzing van de medisch-specialist, huisarts, bedrijfsarts of tandarts te overleggen, indien de verzekeraar hierom vraagt;
 - 4.1.6 bij (kinder)fysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, oefentherapie, ergotherapie en logopedie een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist te overleggen, indien de verzekeraar hierom vraagt.
- 4.2 Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

art **5** | **Premie en eigen risico**

5.1 Premiebetaling

- 5.1.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, per maand, kwartaal, halfjaar of jaar bij vooruitbetaling te voldoen.
- Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar 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 verzekeraar te vorderen vergoeding.

- 5.1.2 In geval van overlijden van de verzekerde, dan wel na ontvangst door de verzekeraar van de mededeling van de inschrijving als ziekenfondsverzekerde, vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum, dan wel de dag volgend op de datum van ontvangst van het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde.

5.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de verzekeraar 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 verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen.

5.3 Eigen risico

- 5.3.1 Voor de bepaling van het eigen risico van € 500,- per gezin (€ 250,- per alleenstaande), is de (gezins)situatie bij aanvang van de verzekering of de (gezins)situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.
- Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad, gedeeld door twaalf. Bij het aangaan van een verzekering wordt de maand waarin deze tot stand komt buiten beschouwing gelaten. Bij het einde van een verzekering wordt de maand waarin deze wordt beëindigd, als volle maand meegeteld. Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het vol maken van een eigen risico.
- 5.3.2 Indien de verzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

5.4 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling, het vervallen van recht op WSF-studiefinanciering, verhuizing, huwelijk, samenwoning, echtscheiding, geboorte, overlijden e.d..

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

7.3 De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.

7.4 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer in Nederland woonachtig is, dan wel niet in een andere EU/EER-staat woonachtig is of wordt. Tevens eindigt de verzekering indien verzekerde in de EU/EER-staat waarin hij woonachtig is, werkzaam wordt of een uitkering krachtens een regeling van die staat ontvangt.

7.5 De verzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde onder 3.2. Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.

7.6 De verzekering van de verzekerde eindigt indien de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering is toegelaten en wel op de datum waarop de verzekeraar van de verzekerde het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde ontvangt. De verzekering eindigt eveneens op het moment dat verzekeringsplicht ingevolge de Zorgverzekeringswet ontstaat. (Dit wetsvoorstel beoogt in de plaats te komen van de thans geldende Ziekenfondswet en de Wtz 1998).

art 6 Herziening van premie of voorwaarden

6.1 De verzekeraar 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 verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar 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 verzekeraar mededeelt. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.

6.3 Heeft de verzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

art 7 Duur en einde van de verzekering

7.1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer ten minste drie maanden voor het einde van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.

7.2 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de verzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens in geval van beëindiging na schorsing, zoals bedoeld in 5.2.

art 8 Geschillen en klachten

8.1 Alle geschillen voortkomend uit de bepalingen van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, dan wel de inhoud van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de Beroepscommissie Wtz, Postbus 520, 3700 AM Zeist binnen zes maanden na het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven. De Beroepscommissie beslist bij wege van bindend advies over het voorgelegde geschil.

8.2 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de verzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens in geval van beëindiging na schorsing, zoals bedoeld in 5.2.

8.3 Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Welke verzekering vergoedt

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

- de (Studenten)StandaardPakketPolis; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende tandheeskundige verzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende verzekering(en).

Model 95031

blad 9

Vergoedingenoverzicht

Vergoeding	(Studenten) Standaard PakketPolis	Zorg Actief Extra	Gebit Actief	Gebit Actief Extra	Gebit Actief Top	Achmea health	Klassen-verzekering
Acnébehandeling		31					
Alarmeringsapparatuur	2.1.6	15				41	
Alternatieve geneesmiddelen		8					
Alternatieve geneeswijzen/therapieën		7					
Astmacentrum Davos	2.1.3.3						
Audiologisch centrum	2.1.18						
Bevalling	2.1.11						
Bewakingsapparatuur wiegendood						40	
Brillen en contactlenzen		13				57	
Buitenland	2.2					53	
Buitenland, preventieve vaccinaties		20				55	
Camouflagetherapie		30					
Chronische intermitterende beademing	2.1.17						
Cosmetische chirurgie						59	
Dagverpleging	2.1.2						
Energieverbeteringsprogramma						52	
Epilatie		33					
Erfelijkheidsonderzoek	2.1.20						
Ergotherapie	2.1.8						
Farmaceutische zorg	2.1.5	9					
Fitness						60	
Fysiotherapie	2.1.7	10					
Gasthuizen, verblijf bij poliklinische behandeling in ziekenhuis		3					
Gasthuizen, verblijf van gezinsleden bij opname		2					
Health shop						63	
Herstel en Balans						43	
Herstellingsoorden		23					
Huisarts	2.1.10						
Hulpmiddelen	2.1.6	12				45	
In vitro fertilisatie		4					
Kraampakket						39	
Kraamzorg	2.1.11	17					
Leefstijltrainingen						49	
Leukemieonderzoek bij kinderen	2.1.14						
Logopedie	2.1.2						
Medisch specialistische zorg, klinisch	2.1.2						
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	2.1.2 2.1.3						
Nierdialyse	2.1.15						
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	2.1.7	10					

Vergoeding	(Studenten) Standaard PakketPolis	Zorg Actief Extra	Gebit Actief	Gebit Actief Extra	Gebit Actief Top	Achmea health	Klassen-verzekering
On track						62	
Ontspanningsarrangement						61	
Organtransplantaties	2.1.16						
Orthodontie		37					
Orthodontie, bijzondere gevallen	2.1.12.3						
Overgangsconsulent						48	
Pedicurezorg		29					
Plakstrips mammaprothese		14					
Plaswekker		16					
Podotherapie		27					
Preventieve cursussen						47	
Preventieve onderzoeken						46	
Psoriasisbehandeling		6					
Psychologische zorg		26					
Psychotherapie		25					
Reuma kuurbehandeling		22					
Revalidatie, deeltijdbehandeling	2.1.4						
Second opinion						42	
Sportmedisch onderzoek						50	
Sterilisatie		5					
Steunzolen		28					
Stottertherapie		11					
Tandheelkundige zorg, algemeen	2.1.12	35	•	•	•		
Tandheelkundige zorg bij een ongeval		36					
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	2.1.12.4						
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	2.1.12.8						
Tandheelkundige zorg, implantaten	2.1.12.6 2.1.12.7		•	•	•		
Tandheelkundige zorg, mesostructuur op implantaten	2.1.12.7		•	•	•		
Therapeutische kampen		24					
Thuiszorg gehandicapten en chronisch zieken		34					
Trombosedienst	2.1.19						
Uitkering bij adoptie		18					
Vakantie, bemiddeling bij zorg						56	
Vakantiedokter						54	
Verloskundige zorg	2.1.11						
Verpleegartikelen						44	
Vervoer van zieken	2.1.13	19					
Voedingsvoorlichting						51	
Wachttijdbemiddeling						38	
Zelfstandig behandelcentrum	2.1.3.1						
Ziekenhuisopname	2.1.2						•
Ziekenhuisopname, overnachting en vervoer gezinsleden		2					

Wanneer u in deze voorwaarden "wij/ons" leest, wordt daarmee Achmea Zorgverzekeringen N.V. bedoeld.

art 1 | Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

ZorgActief Extra

Als aanvulling op de tekst in art 2.1.2 geldt de volgende bepaling:

- U moet eerst contact met ons opnemen voor de volgende behandelingen:
 - Liesbreuk;
 - Spataderen;
 - Keel/neusamandelen;
 - Borstverkleining met medische indicatie;
 - Hernia;
 - Staaroperatie;
 - Heup- en knieoperatie vanwege artrose.

Als u kiest voor niet door ons gecontracteerde zorg, kan een eigen bijdrage gelden.

Tweede klassenverzekering

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de klasse waarvoor u bent verzekerd. Wij vergoeden alleen de kosten die een ziekenhuis declareert volgens de rechtsgeldige CTG-tarieven. U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering 2A of 2B. Bent u volgens klasse 2B verzekerd en wordt u opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse? Dan vergoeden wij de kosten volgens de tarieven van die tweede klasse.

Het kan zijn dat u bent verzekerd in de tweede klasse, maar wordt opgenomen in de derde klasse. Wij vergoeden dan € 70,- per opnamedag in die klasse. De vergoeding geldt alleen als u 18 jaar of ouder bent. Voor de vergoeding geldt een maximum van € 4.600,- per kalenderjaar. De vergoeding geldt niet voor opname op de revalidatie of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Wordt u opgenomen in een buitenlandse zorginstelling voor een medische behandeling? Wij vergoeden dan de extra kosten voor een klassenkamer als wij met die instelling een contract hebben voor die behandeling. Als wij met die instelling geen contract hebben voor die behandeling vergoeden wij maximaal € 20,- van het kamersupplement voor een één of tweepersoonskamer. Ook krijgt u dan geen vergoeding voor de honorariumtoeslag.

art 2 | Overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij ziekenhuisopname

ZorgActief Extra

U wordt langer dan veertien dagen achter elkaar opgenomen in een ziekenhuis dat verder dan vijftig kilometer van uw huis ligt? Dan vergoeden wij vanaf de vijftiende dag:

- de overnachtingkosten van uw gezinsleden in een gasthuis dat dichtbij het ziekenhuis ligt; de vergoeding is totaal maximaal € 35,- per dag;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden met hun eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden dan € 0,19 per kilometer.

Voorwaarde voor vergoeding

U stuurt ons een specificatie van de kosten die u hebt gemaakt.

art 3 | Overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van een overnachting in het gasthuis. Wij vergoeden maximaal € 35,- per dag.

art 4 | In vitro fertilisatie

ZorgActief Extra

Wij vergoeden volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie de kosten van in vitro fertilisatiebehandeling (IVF) en andere behandelingen die de vruchtbaarheid bevorderen inclusief de geneesmiddelen die daarbij worden toegepast. Voor elke te realiseren zwangerschap vergoeden we de kosten van maximaal drie in vitro fertilisatiebehandelingen.

Voorwaarde voor vergoeding

- U hebt vooraf onze schriftelijk toestemming gekregen;
- IVF moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat daarvoor een vergunning heeft of in een instelling waarmee wij een contract hebben gesloten;
- ICSI vergoeden wij tot het IVF-tarief.

art 5 | Sterilisatie

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of in zelfstandig behandelcentrum, waarmee wij een contract hebben gesloten.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

art 6 | Psoriasisbehandeling thuis

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis. Hiervoor vergoeden wij de kosten van huur van de apparatuur die nodig is, tot maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U laat ons vooraf een indicatie van uw huidarts zien;
- U hebt vooraf toestemming van ons ontvangen.

art 7 | Alternatieve geneeswijzen en therapieën

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve genezers;
- consulten van alternatieve therapeuten.

Wij vergoeden maximaal € 30,- per dag tot maximaal € 375,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

De alternatieve genezer of therapeut:

- is lid van een Nederlandse beroepsvereniging van alternatieve genezers;
- voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

art 8 | Alternatieve geneesmiddelen

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een arts schrijft de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor;
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen zijn wettelijk als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel geregistreerd in de Homeopathie vergoedingenlijst (Z.index);
- Een apotheek of apotheekhoudende huisarts, waarmee wij een contract hebben, levert de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

art 9 | Farmaceutische zorg

ZorgActief Extra

Wij vergoeden voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en IUD's (spiraaltjes).

Voorwaarden voor vergoeding

- De anticonceptiva is voorgeschreven door een:
 - huisarts;
 - medisch-specialist;
- Een apotheek of apotheekhoudende huisarts levert de anticonceptiva. Dit moet een apotheek of apotheekhoudende huisarts zijn die in Nederland is gevestigd en waarmee wij een contract hebben;
- Voor de anticonceptiepill is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

art 10 | Fysiotherapie en oefentherapie

ZorgActief Extra

10.1 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden de kosten van de eerste 9 behandelingen bij bepaalde chronische aandoeningen volgens de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die

door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van deze polis. U kunt deze regeling schriftelijk aanvragen. Telefonisch is ook mogelijk. Wij vergoeden maximaal € 20,- per behandeling als wij geen contract met de fysiotherapeut hebben gesloten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft u doorverwezen;
- Als wij met de fysiotherapeut die u behandelt geen contract hebben gesloten, moet u voor de behandeling eerst toestemming van ons hebben.

10.2 Niet chronische aandoeningen

Wij vergoeden de kosten van alle behandelingen door een fysiotherapeut of een oefentherapeut waarmee wij een contract hebben gesloten die medisch noodzakelijk zijn. Wij vergoeden maximaal € 20,- per behandeling als wij geen contract met de fysiotherapeut hebben gesloten.

Voorwaarde voor vergoeding

- Een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft u doorverwezen;
- Als wij met de fysiotherapeut die u behandelt geen contract hebben gesloten, moet u voor de behandeling eerst toestemming van ons hebben.

10.3 Oefentherapie in verwarmd water

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma of de ziekte van Bechterew de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water. Wij vergoeden maximaal € 4,- per keer, maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De oefentherapie vindt plaats in groepsverband en onder leiding van een gediplomeerde fysiotherapeut of oefentherapeut.

art 11 | Stottertherapie

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het 'Del Ferro Instituut' te Amsterdam;
- volgens de Hausdörfermethode van het 'Instituut Natuurlijk Spreken' te Deurningen;
- volgens de BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' te Harlingen;

Dit geldt alleen voor behandelingen in de volgende stottercentra:

- Stottercentrum Bloemendaal;
- Stottercentrum Gouda;
- Stottercentrum 's Hertogenbosch;
- Stottercentrum Rijnland te Leiden en Oegstgeest;
- Stottercentrum Zutphen;
- Stottercentrum Zwolle.

Wij vergoeden per persoon maximaal € 450,- voor de gehele duur van de verzekering.

art 12 | Eigen bijdrage hulpmiddelen

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u betaalt bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de (Studenten)StandaardPakketPolis. Hierbij gelden de volgende beperkingen:

- De eigen bijdrage die u betaalt bij de aanschaf van een pruik vergoeden wij tot maximaal € 345,- minus de vergoeding die u krijgt volgens het Reglement Hulpmiddelen;
- De eigen bijdrage die u betaalt bij de aanschaf van een hoortoestel met afstandsbediening vergoeden wij tot maximaal € 185,- per apparaat. Dit geldt alleen als u toestemming hebt gekregen;
- Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (besparingsbijdrage) die u betaalt bij de aanschaf van:
 - semi-orthopedisch schoeisel;
 - orthopedisch maatschoeisel;
 - allergeenvrije schoenen.

art 13 | Brillen en contactlenzen

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen en contactlenzen. Wij vergoeden maximaal € 70,- per persoon per 36 maanden bij 4,25 dioptrieën of meer.

art 14 | Plakstrips mammaprothesen

ZorgActief Extra

Wij vergoeden plakstrips om mammaprothesen te bevestigen die u na een borstamputatie draagt.

art 15 | Alarmeringssysteem

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van de alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International, voor het gebruik van een alarmeringssysteem.

Voorwaarden voor vergoeding

- U hebt recht op vergoeding van installatie- en huurkosten volgens het Reglement Hulpmiddelen;
- Een leverancier waarmee wij een contract hebben levert het systeem.

art 16 | Plaswekker

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker. Wij vergoeden maximaal € 100,- voor de gehele duur van uw verzekering.

art 17 | Kraamzorg

ZorgActief Extra

17.1 De onder artikel 17.2 genoemde vergoeding is alleen van toepassing indien u geen aanspraak maakt op kraamzorg vanuit de (Studenten)StandaardPakketPolis.

17.2 Bij een bevalling ontvangt de vrouwelijke verzekerde een tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg. De hoogte van de tegemoetkoming is afhankelijk van de plaats waar u de eerste 8 dagen na de dag van de bevalling verblijft.

Bent u de eerste 8 dagen na de bevalling thuis, in een ziekenhuis of in een kraaminrichting zonder medische indicatie? Dan ontvangt u voor kraamzorg € 1.500,-.

Bent u een deel van die 8 dagen in een ziekenhuis of kraaminrichting vanwege een medische indicatie? Dan ontvangt u voor kraamzorg € 1.500,-. Voor elke dag dat u na de dag van bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting verblijft, ontvangt u € 187,50 minder.

17.3 Wij vergoeden de eigen bijdrage die u betaalt voor kraamzorg op grond van de (Studenten)StandaardPakketPolis.

17.3 Indien u vanuit de (Studenten)StandaardPakketPolis geen recht meer heeft op kraamzorg, omdat u langer dan 10 dagen na de dag van bevalling in het ziekenhuis bent verbleven, vergoeden wij de kosten van 15 uur kraamzorg thuis (uitgestelde kraamzorg).

Informatie over onze kraamzorgservice vindt u in de folder 'Kraamzorg'. U kunt deze opvragen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wilt u dat wij de kraamzorg regelen? U moet dan uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap contact met ons opnemen.

art 18 | Uitkering bij adoptie

ZorgActief Extra

Adopteert u een of meer kinderen tijdens de looptijd van uw verzekering? En wilt u uw kind(eren) bijschrijven in uw ziektekostenverzekering? Dan krijgt u van ons één keer een uitkering van € 1.500,-.

art 19 | Ziekenvervoer

ZorgActief Extra

19.1 Wij vergoeden de eigen bijdrage die u betaalt voor ziekenvervoer op grond van de (Studenten)StandaardPakketPolis.

19.2 Wanneer u geen vergoeding voor vervoer krijgt vanuit de (Studenten)StandaardPakketPolis vergoeden wij de kosten van ziekenvervoer als u op medische gronden geen gebruik kunt maken van openbaar vervoer. Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance, door ons gecontracteerd taxivervoer, of eigen vervoer per auto. Het gaat om vervoer naar en van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist zijn praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese.

De kosten van vervoer per ambulance en door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij helemaal. De vergoeding voor het vervoer per eigen auto is € 0,19 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw StandaardPakketPolis, de AWBZ of uw aanvullende verzekering vergoeden;
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg geleverd kan worden;
- De Vervoerslijn geeft aan of we uw kosten vergoeden en welke vorm van vervoer u kunt gebruiken. Informatie over ziekenvervoer vindt u in een brochure die u kunt opvragen.

art 20 | Buitenland

ZorgActief Extra

20.1 Spoedeisende zorg

Wanneer de vergoeding uit de (Studenten)StandaardPakketPolis bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland niet voldoende is, vullen wij deze vergoeding aan tot 100% van de kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf contact met ons opnemen;
- We vergoeden de kosten alleen als we ze ook in Nederland zouden vergoeden;
- Een ziekenhuisopname meldt u ons direct via onze alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International. Het telefoonnummer is (071) 364 62 00;
- Wij vergoeden tandheelkundige zorg alleen als u een aanvullende tandheelkundige verzekering heeft. De kosten vallen dan onder deze tandheelkundige verzekering.

20.2. Vervoerskosten bij niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van en naar zorg in een buitenlandse zorginstelling waarmee wij een contract hebben. De kosten van vervoer met een ambulance en door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij in dit geval volledig. De vergoeding voor het vervoer per eigen auto is € 0,19 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf contact met ons opnemen;
- U stuurt ons een specificatie van de kosten die u heeft gemaakt.

20.3 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden

U wordt langer dan veertien dagen achter elkaar opgenomen in een buitenlandse zorginstelling die verder dan vijftig kilometer van uw huis ligt? Dan vergoeden wij vanaf de vijftiende dag:

- de overnachtingkosten van uw gezinsleden in een gasthuis dat dichtbij de zorginstelling ligt; de vergoeding is totaal maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden met hun eigen auto van en naar de zorginstelling. Wij vergoeden dan € 0,19 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf contact met ons opnemen;
- U stuurt ons een specificatie van de kosten die u heeft gemaakt.

art 21 | Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

ZorgActief Extra

Wij vergoeden:

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen als u vooraf goedkeuring hebt van onze alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

art 22 | Reuma kuurbehandeling

ZorgActief Extra

Wij geven maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten van kuurreizen die Interkuur in Noordwijk organiseert. Deze kuurreizen zijn voor verzekerden met aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Het gaat om de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde voor vergoeding

U hebt vooraf onze toestemming gekregen. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundige adviseur van Interkuur.

art 23 | Herstelingsoorden

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van opname in herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg waarmee wij een contract hebben. Wij vergoeden maximaal € 50,- per dag en maximaal 28 dagen per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf schriftelijk onze toestemming hebben gekregen.

Uitsluiting

Behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg vergoeden wij niet.

art 24 | Therapeutische kampen

ZorgActief Extra

Als u jonger bent dan 18 jaar vergoeden wij een deel van de kosten van uw verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden maximaal € 10,- per dag voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Bent u gehandicapt en verblijft u niet in een AWBZ instelling? Dan vergoeden wij een deel van de kosten van uw verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden maximaal € 10,- per dag voor maximaal 14 dagen per kalenderjaar.

Uitsluiting

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

art 25 | Psychotherapie

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de eigen bijdrage en de kosten van psychotherapiebehandelingen die u krijgt als aanvulling op de behandelingen die u volgens de AWBZ vergoed krijgt. Wij vergoeden maximaal € 1.500,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering.

art 26 | Kortdurende psychologische zorg

ZorgActief Extra

Wij vergoeden 75% van de kosten van psychologische zorg tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het gaat om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling;
- We vergoeden niet de kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter;
- Een gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijns psycholoog geeft de behandeling;
- U hebt een schriftelijke verwijzing van de huisarts of van een bedrijfsarts. Een schriftelijke verwijzing van een bedrijfsarts kan alleen als uw klachten met uw werk hebben te maken.

art 27 | Podotherapie

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut. Bij die behandeling horen:

- consulten;
- kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen.

Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 135,- per persoon per kalenderjaar.

art 28 | Steunzolen

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen. Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoeden wij de kosten één keer per kalenderjaar. Bent u 18 jaar of ouder, dan ontvangt u de vergoeding éénmaal per 24 maanden. Wij vergoeden maximaal € 35,-.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw behandelend arts schrijft de steunzolen voor.

art 29 | Pedicurezorg

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten:

- van voetverzorging voor verzekerden met diabetes;
- bij dreigende voetproblemen van verzekerden met reuma.

Wij vergoeden maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 126,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De pedicure staat met de aantekening "Diabetische Voet" geregistreerd bij de Landelijke organisatie voor Voetverzorgers/Pedicure (ProVoet) of voldoet aan de betreffende kwaliteitseisen van ProVoet.

art 30 | Cosmetische behandelingen/ Plastische chirurgie

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van correctie van bovenoogleden en oorstand indien de behandeling strekt tot correctie van:

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

art 31 | Acnébehandeling

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van een acnébehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden maximaal € 185,- per persoon per 60 maanden.

art 32 | Camouflagetherapie

ZorgActief Extra

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen. Wij vergoeden maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten als een huisarts of medisch specialist u doorverwijst.

art 33 | Epilatiebehandeling

ZorgActief Extra

Wij vergoeden 75% van de kosten van epilatiebehandeling bij vrouwen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden maximaal € 500,- voor de gehele duur van de verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is sprake van gezichtsbeharingsproblemen die uw gezicht ernstig ontsiert;
- Een arts schrijft de behandeling voor;
- De laserepilatiebehandeling vindt plaats in een laserkliniek die wij erkend hebben of door een huidtherapeut die wij erkend hebben;
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen.

art 34 | Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken

ZorgActief Extra

Aan personen die gehandicapt of chronisch ziek zijn vergoeden wij de kosten van vervangende zorg, als zij thuis mantelzorg ontvangen. Wij vergoeden maximaal 21 dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Houten levert de zorg
- U hebt vooraf onze toestemming gekregen;
- Degene die mantelzorg verleent is minstens zeven dagen achter elkaar afwezig wegens ziekte of vakantie.

art 35 | Tandheelkundige zorg - algemeen

ZorgActief Extra

Als u jonger dan 18 jaar bent, vergoeden wij de kosten van behandeling door een tandarts waarmee wij een contract hebben. Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar.

GebitActief, GebitActief Extra en GebitActief Top

- Als u 18 jaar of ouder bent, vergoeden wij 75% van de kosten van tandheelkundige behandelingen:
- tot maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar als u GebitActief hebt;
 - tot maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar als u GebitActief Extra hebt;

- tot maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar als u GebitActief Top hebt.

Voorwaarde voor vergoeding

Een tandarts of tandprotheticus met wie wij een contract hebben, voert de behandeling uit. Een mondhygiëniste die vrijgevestigd is mag wel het volgende doen:

- preventie en mondhygiëne;
- parodontologische behandelingen.

Het moet dan wel gaan om een mondhygiënist(e) die een contract met ons heeft.

Uitsluiting

Wij verlenen geen vergoeding voor de kosten van:

- de C-codes C70, C75 en C90;
- het bleken van tanden en kiezen (codes E95, E97 en E98);
- orthodontie (D-codes).

art 36 | Tandheelkundige zorg bij een ongeval voor kinderen tot 18 jaar

ZorgActief Extra

Als een verzekerde jonger dan 18 jaar door een ongeval tanden heeft beschadigd of verloren, wordt de noodzakelijke tandheelkundige zorg vergoed. De vergoeding bedraagt maximaal € 910,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering. Het ongeval moet hebben plaatsgevonden tijdens de looptijd van deze verzekering. Onder een ongeval wordt verstaan: een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

art 37 | Orthodontie

ZorgActief Extra

Als u jonger dan 18 jaar bent, vergoeden wij de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) die een orthodontist of tandarts waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten uitvoert.

Uitsluiting

Zijn de orthodontische voorzieningen door uw eigen toedoen of nalatigheid verloren of beschadigd? Dan vergoeden wij de kosten van reparatie of vervanging niet.

art 38 | Zorggarantie en zorgbemiddeling

Achmea health

Moet u een behandeling ondergaan, die medisch noodzakelijk is en waarvoor een wachttijd geldt? Dan kunnen wij voor u nagaan of die wachttijd korter kan. Als dat mogelijk is, proberen wij te regelen dat u eerder wordt behandeld. Wij kunnen u ook helpen bij het zoeken naar een huisarts of een tandarts.

Wij geven zorggarantie voor:

- De inschrijving op naam in een tandartsenpraktijk binnen 10 werkdagen;
- De aanvang van fysiotherapiebehandeling binnen 10 werkdagen;
- Een groot aantal behandelingen die in dagbehandeling kunnen plaatsvinden binnen 5 werkdagen;
- Een eerste polikliniekbezoek en aansluitend binnen 10 werkdagen de behandeling. Voorwaarde is dat het verantwoord moet zijn dat de behandeling in dagbehandeling kan plaatsvinden;
- Een beperkt aantal behandelingen waarvoor opname in een ziekenhuis nodig is.

Wij bemiddelen bij:

- De inschrijving op naam bij een huisarts;
- Het vinden van kraamzorg;
- Behandelingen waarvoor opname in een ziekenhuis nodig is.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mogelijke oplossing valt binnen de dekkingsvoorwaarden van uw ziektekostenpakket.
- Het gaat om een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis. Hieronder valt niet een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeginrichting.

art 39 | Kraampakket

Achmea health

Als u gaat bevallen, brengen wij ruim voor de verwachte bevallingsdatum een medisch kraampakket bij u thuis.

Voorwaarde voor vergoeding

U vraagt het kraampakket ten minste twee maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aan.

art 40 | Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Achmea health

Wij vergoeden het gebruik van een bewakingsmonitor om wiegendood te voorkomen. De kosten van huur van een monitor vergoeden we voor maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

U hebt vooraf onze toestemming gekregen.

art 41 | Korting op alarmeringssystemen

Achmea health

U hebt met een sociale indicatie recht op een korting op de huur en abonnementskosten voor aansluiting op en het gebruik van het alarmeringssysteem dat door EuroCross International wordt geleverd.

art 42 | Second opinion

Achmea health

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

art 43 | Herstel en Balans

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten door instellingen met een licentie van de Stichting Herstel en Balans. De eigen bijdrage is:

- € 100,- per persoon wanneer u deze training volgt in een Achmea health Center;
- € 250,- per persoon wanneer u de training elders volgt.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

art 44 | Uitleen verpleegartikelen

Achmea health

Wij vergoeden de huurkosten van artikelen die u bij het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen huurt. Het gaat om artikelen die vanwege uw gezondheid noodzakelijk zijn. De vergoeding geldt alleen als u voor deze artikelen geen vergoeding volgens de AWBZ meer krijgt. We vergoeden de huurkosten voor een periode van maximaal 6 maanden.

art 45 | Hulpmiddelen van Welzorg

Achmea health

U krijgt korting op de adviesverkoopprijs als u de volgende hulpmiddelen koopt in de winkels van Welzorg:

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

Uitsluiting

De korting geldt niet voor hulpmiddelen waarop u volgens het reglement Hulpmiddelen aanspraak kunt maken.

Voorwaarde voor vergoeding

Om de korting te krijgen laat u een geldig verzekeringsbewijs of uw zorgpas zien.

Wij informeren u graag over de plaatsen waar u een winkel van Welzorg kunt vinden. Daarvoor stuurt u een brief. U kunt ook bellen.

art 46 | Preventieve onderzoeken

Achmea health

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

- baarmoederhalskanker (het maken van een uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (deze vergoeding krijgt u maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

art 47 | Preventieve cursussen

Achmea health

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van cursussen om ziekte of aandoeningen te voorkomen. De vergoeding is maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar. De tegemoetkoming geldt voor de volgende cursussen:

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

Daarnaast geven wij minimaal 25% korting op de schriftelijke cursussen van Achmea health Educatie:

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

Voorwaarde voor vergoeding

U laat ons het originele bewijs van aanmelding en betaling zien.

Wilt u informatie over de plaatsen waar u de preventieve cursussen kunt volgen? Of over de korting voor de schriftelijk cursussen? Stuurt u dan een brief. U kunt ook bellen.

art 48 | Overgangsconsulent

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van een consult van een overgangsconsulent. De vergoeding is maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar. Bij het eerste consult krijgt u een jaarabonnement op het tijdschrift rondom de overgang 'Women's Care'.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent is aangesloten bij Care for Women.

art 49 | Leefstijltrainingen

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van leefstijltrainingen die het Leefstijl Trainingscentrum in Dalfsen organiseert. Dit geldt voor maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar. Uw eigen bijdrage is € 100,- per training.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

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

Voorwaarden voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door:

- een huisarts;
- een bedrijfsarts;
- een medisch-specialist;
- een logopedist (bij stotterproblemen).

art 50 | Sportmedisch onderzoek

Achmea health

Wij vergoeden behandelingen in een sportmedische instelling. Het betreft:

- de kosten van één sportmedisch onderzoek per 24 maanden per persoon. Uw eigen bijdrage per onderzoek is € 15,-;
- de kosten van een blessureconsult of herhalingsconsult.

U kunt bij ons informatie krijgen over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren. Informatie kunt u schriftelijk of telefonisch opvragen.

Uitsluiting

Sportkeuringen vergoeden wij niet. Ook niet als de sportkeuringen verplicht zijn.

art 51 Voedingsvoorlichting

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist. De vergoeding is maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar. Hieronder vallen ook de kosten van advies door een diëtist bij deelname aan Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp.

Voorwaarden voor vergoeding

- De diëtist:
 - is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland;
 - voldoet aan de kwaliteitseisen van deze organisaties.
- De huisarts of medisch specialist heeft u doorverwezen.

art 52 Energieverbeteringsprogramma

Achmea health

U hebt recht op 15% korting op het NOVO-programma van Immogenics. Wilt u informatie over het programma en de locatie? Stuur u dan een brief of bel.

art 53 Alarmcentrale

*Achmea health**Wij vergoeden:*

- de kosten van de organisatie van de hulpverlening door de alarmcentrale. In de artikelen 20 en 21 leest u meer over deze hulpverlening;
 - de kosten voor telefoon, telegram, fax en email, die u maakt om contact op te nemen met de alarmcentrale.
- De alarmcentrale wordt uitgevoerd door EuroCross International.

art 54 Achmea health Vakantiedokter

Achmea health

Hebt u voor of tijdens uw vakantie medische vragen die geen spoed hebben? Dan hebt u recht op gratis advies van de Achmea health Vakantiedokter.

art 55 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties om te voorkomen dat u een van de volgende ziekten krijgt bij een vakantiereis naar het buitenland:

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

Wij vergoeden 100% van de kosten wanneer wij met de instelling een contract hebben. Wij vergoeden 75% wanneer wij geen contract met de instelling hebben.

art 56 Advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties

Achmea health

Wij vergoeden aan zorgbehoevende verzekerden een deel van de kosten voor:

- advies;
- bemiddeling;
- begeleiding, bij zorg tijdens vakanties in Spanje. De vergoeding is € 50,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Zorg Vakantie Plan geeft het advies, de bemiddeling en de begeleiding.

art 57 Korting bij opticien

Achmea health

Met Hans Anders hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- u kunt een complete enkelvoudige bril aanschaffen voor € 95,-. Uw prijsvoordeel is € 40,-;
- u kunt een complete multifocale bril aanschaffen voor € 135,-. Uw prijsvoordeel is € 70,-;
- bij de aanschaf van een pakket zachte maandlenzen (€ 45,-) ontvangt u één maand gratis lenzen en lenzenvloeistof met lenzenhouder. Uw prijsvoordeel is € 7,50.

De prijsafspraken voor brillen gelden alleen als u kiest voor glazen die zijn opgenomen in het Achmea health glasprogramma. In de winkels van Hans Anders vertellen ze u graag meer over het glasprogramma.

Met Het Huis Opticiens hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

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

Om van deze prijsafspraken gebruik te maken hebt u een geldig verzekeringsbewijs of zorgpasje nodig.

art 58 Ooglaseren (refractiechirurgie)

Achmea health

U hebt recht op een korting van 15% op de tarieven bij Vision Clinics voor alle refractiechirurgiebehandelingen voor de vervangen van het dragen van een bril of lenzen.

art 59 | Cosmetische chirurgie

Achmea health

U hebt recht op een korting van 20% op de tarieven van de volgende chirurgische ingrepen van cosmetische aard die niet medisch noodzakelijk zijn:

- Bovenoglidcorrecties;
- Onderoglidcorrecties;
- Oorcorrecties;
- Neuscorrecties;
- Endoscopische voorhoofdlift;
- Face of halslift;
- Borstvergrotingen;
- Borstverkleiningen;
- Buikwandcorrecties;
- Liposuctie (geen liposculpture).

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling wordt uitgevoerd in een privékliniek van Medinova.

art 60 | Korting op fitness

Achmea health

Bij de Achmea health Centers krijgt u korting van:

- 50% op het (eenmalige) inschrijfgeld;
- 20% op de contributie;
- 25% op bepaalde cursussen.

Wilt u informatie over de cursussen waarvoor de korting geldt? Dan stuurt u een brief of kunt u bellen.

art 61 | Ontspanningsarrangementen

Achmea health

U kunt gebruikmaken van prijsafspraken die wij voor ontspanningsarrangementen hebben gemaakt met:

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

Wilt u informatie over arrangementen en tarieven? Stuurt u dan een brief of bel.

art 62 | On track wandel en fietsroutes

Achmea health

U hebt recht op een korting van 50% op een jaarabonnement op On track. Via de website www.ontrack.nl heeft u daarmee toegang tot een uitgebreid en actueel assortiment aan wandelen fietsroutes in Nederland.

art 63 | Health shop

Achmea health

U krijgt korting bij aanschaf van producten in de Health shop op www.interpolis.nl/achmeahealth. In de Health shop kunt u producten kopen op het gebied van

gezondheid en leefstijl. Hebt u recht op vergoeding van hulpmiddelen voor:

- Diabetes
- Incontinentie
- een stoma, uit het reglement Hulpmiddelen? Dan kunt u dit hulpmiddel bestellen in de health shop.