

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

***Aanvullende Verzekeringen voor
Ziekenfondsverzekerden***

Pakketvoorwaarden

Compact Pakket

2001

| | |
|---|----|
| <i>Algemene verzekeringsvoorwaarden</i> | 3 |
| <i>Omvang van de vergoedingen</i> | 14 |
| <i>Trefwoorden</i> | 24 |

Begripsbepalingen

De verzekering

De verzekering(en) die onderwerp is (zijn) van de tussen verzekeraar en verzekeringnemer gesloten verzekeringsovereenkomst, welke aanspraak geeft op vergoedingen in aanvulling op de ziekenfondsverzekering bij, hetzij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds, hetzij voor de duur van de verzekering aldaar, op de ziekenfondsverzekering bij een ander ziekenfonds.

De verzekeraar

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Amicon Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekeringen U.A., statutair gevestigd in Wageningen, met wie de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds U.A.

De verzekeringnemer

Degene die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

De verzekerde

Degene die als zodanig op de polis staat vermeld, daaronder begrepen de verzekeringnemer.

De polis

Het schriftelijke bewijs van inschrijving voor zowel de ziekenfondsverzekering bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds als de aanvullende verzekering.

Definities

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Alternatieve geneeswijzen

Indien en zover in de pakketvoorwaarden een vergoeding is opgenomen voor de kosten van alternatieve geneeswijzen, komen deze kosten alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandelaar voldoet aan de voorwaarden zoals vermeld in lid 1.b.

De behandelaar dient:

een in Nederland algemeen erkende opleiding tot het uitoefenen van de therapie/behandeling te hebben afgerond en in Nederland te zijn gevestigd;
na- en bijscholing te volgen;
een klachtenregeling te hanteren;
te voldoen aan een in de kring van beroepsgenoten gebruikelijke gedragscode.

Onverminderd het bepaalde in lid 1.b van dit artikel, worden de kosten van acupunctuur alleen vergoed indien de behandelaar een arts of fysiotherapeut is, en de kosten van manuele geneeskunde, flebologie, proktologie, Moermantherapie, natuurgeneeswijzen, orthomanipulatie en orthomoleculaire geneeskunde alleen indien de behandelaar een arts is.

Huidtherapeut (manuele lymfdrainage, camouflagebehandeling, epilatie)

Een in Nederland gevestigde en praktiserende huidtherapeut die als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

Mondhygiënist (parodontologische zorg)

Een in Nederland zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaar die praktiseert als mondhygiënist en als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

Ongeval

Een tijdens de verzekeringsduur plotseling, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, uitwendig onmiddellijk op de verzekerde inwerkend geweld, dat rechtstreeks en uitsluitend de oorzaak is van het letsel, mits de aard van het letsel objectief geneeskundig of tandheelkundig is vast te stellen.

Gezondheidszorgpsycholoog (psychologie)

Een in Nederland gevestigde en praktiserende gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig is geregistreerd, conform de bepalingen van de Wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg).

Schoonheidsspecialist (camouflagebehandeling, epilatie)

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist die als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde therapeut die praktiseert als podotherapeut, die als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

Begrippen die voorkomen in de Ziekenfondswet of de AWBZ of de daarop gebaseerde regelgeving en in dat verband zijn omschreven, hebben, als niets anders blijkt, bij gebruik van deze voorwaarden dezelfde betekenis.

Grondslag van de verzekering

Het ingevulde en ondertekende aanvraag- of aanmeldingsformulier geldt met de eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk verstrekt, als grondslag van de verzekering.

De verzekeraar is generlei verstrekking en / of vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen indien de mededelingen in het aanvraag- of aanmeldingsformulier dan wel de nadere gegevens in strijd met de waarheid waren of omstandigheden werden verzwegen welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.

Inschrijving en acceptatie

Een aspirant-verzekeringnemer kan, onverminderd het bepaalde in artikel 4, lid 2, niet zonder zijn/haar echtgeno(o)te / levenspartner en zijn/haar kinderen, voor zover verzekerd in de zin van artikel 4 van de Ziekenfondswet, als verzekerde worden ingeschreven en, eenmaal ingeschreven, niet zonder deze personen verzekerd zijn.

Indien in deze voorwaarden niet anders is bepaald, vindt inschrijving plaats op basis van (medische) selectie en kan de verzekeraar besluiten aan de inschrijving bijzondere voorwaarden te verbinden dan wel de aanvraag tot inschrijving te weigeren.

De aspirant-verzekeringnemer ontvangt hiervan bericht, met vermelding van de bepaalde, bijzondere voorwaarden die eventueel worden gesteld.

Indien de verzekering is beëindigd omdat de premie niet of niet tijdig is voldaan, kan de verzekeraar de verzekerde op zijn/haar verzoek opnieuw inschrijven nadat de verschuldigde premie, vermeerderd met de kosten zoals genoemd in artikel 8 lid 6, sub c, door de verzekeraar is ontvangen.

Indien de verzekerde zich (opnieuw) aanmeldt voor de verzekering en verzekerde de premie, verschuldigd in het kader van zijn/haar inschrijving bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds niet heeft voldaan, kan het verzoek tot inschrijving pas worden behandeld nadat het verschuldigde bedrag, vermeerderd met (buiten)gerechtelijke kosten van invordering en wettelijke rente door Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds is ontvangen.

Inschrijving in de verzekering heeft betrekking op hetzelfde verzekeringspakket voor alle verzekerden, met inachtneming van het bepaalde in artikel 4 lid 1.

Als de aanmelding voor de verzekering plaatsvindt op een tijdstip waarop de aspirant-verzekeringnemer zich nog niet bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds heeft aangemeld, terwijl de inschrijvingsduur van zijn/haar ziekenfondsverzeke-

ring bij een ander ziekenfonds nog niet is verstreken, gaat de verzekeraar, onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 2, eerst tot inschrijving over indien aan de in artikel 4 lid 6 genoemde voorwaarde is voldaan.

De aspirant-verzekeringnemer gaat bij zijn/haar aanmelding voor de verzekering over tot opzegging van zijn/haar ziekenfondsverzekering tegen de eerst mogelijke datum, terwijl de aspirant-verzekeringnemer zich bij aanmelding tevens aanmeldt voor de ziekenfondsverzekering van Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds, direct aansluitend op de datum waarop zijn/haar ziekenfondsverzekering elders beëindigd zal zijn.

Omvang van de verzekering

De onderdelen van de verzekeringsovereenkomst zijn omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden en in de polis. De polis en de verzekeringsvoorwaarden vormen samen een geheel.

Aanvang van de verzekering

Bij gelijktijdigheid van de aanmelding als verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds en de aanmelding voor de onderhavige verzekering, vangt de verzekering - behoudens in door de verzekeraar te bepalen gevallen en onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 2 - aan op de dag met ingang waarvan de aspirant-verzekerde als verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds wordt ingeschreven.

Vindt de aanmelding voor de onderhavige verzekering plaats terwijl de aspirant-verzekerde staat ingeschreven bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds, dan vangt de verzekering aan op 1 januari van het op de aanvraag tot verzekering volgende kalenderjaar, onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 2.

Vindt de aanmelding voor de onderhavige verzekering plaats terwijl de aspirant-verzekerde reeds is ingeschreven bij de verzekeraar met een andere aanvullende verzekering, dan vangt de verzekering van de onderhavige verzekering aan op 1 januari van het op de aanmelding volgende kalenderjaar, onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 2.

Indien de verzekeraar als gevolg van het bepaalde in artikel 4 lid 3 een nieuwe verzekeringsovereenkomst sluit, dan vangt deze verzekering aan op 1 januari van het op de aanmelding voor de nieuwe verzekering volgende kalenderjaar.

Vindt de aanmelding voor de onderhavige verzekering plaats op een tijdstip, waarop de aspirant-verzekeringnemer zich nog niet bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds heeft aangemeld, terwijl de inschrijvingsduur van zijn/haar zieken-

fondsverzekering bij een ander ziekenfonds nog niet is verstreken, dan vangt de onderhavige verzekering, onverminderd het bepaalde in artikel 4 lid 5, aan per de eerste van de maand volgende op de maand waarin de aanmelding bij de verzekeraar plaatsvond.

Duur en einde van de verzekering

De verzekering wordt aangegaan voor de duur van een kalenderjaar en daarna stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd.

De verzekering die is aangevangen in de loop van een kalenderjaar wordt aangegaan voor de duur van dat jaar en het daaropvolgende kalenderjaar, waarna de verzekering - behoudens opzegging zoals bedoeld in artikel 7 lid 3 - stilzwijgend wordt verlengd voor een periode van een kalenderjaar.

De verzekeringnemer kan door opzegging middels aangetekend schrijven zijn verzekeringsovereenkomst beëindigen met ingang van 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de opzegging heeft plaatsgehad, mits de schriftelijke opzegging de verzekeraar voor 1 november heeft bereikt.

De verzekering eindigt voor elke verzekerde bij beëindiging van de ziekenfondsverzekering bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds.

De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen na verloop van een termijn van 30 dagen waarbinnen de verzekeringnemer nalatig is zijn premie te voldoen. De verzekeraar verstrekt de verzekerde een bevestiging van deze beëindiging.

Middels schriftelijke mededeling met opgaaf van redenen kan de verzekering voorts worden beëindigd door de verzekeraar op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip, indien:

- de verzekeringnemer naar het oordeel van de verzekeraar schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van inlichtingen als bedoeld in artikel 15 van deze voorwaarden;
- de verzekeringnemer handelt in strijd met deze voorwaarden;
- zich omstandigheden zoals bedoeld in artikel 3.2 van deze voorwaarden voordoen.

De verzekering eindigt voor elke verzekerde met ingang van de dag volgend op de dag van zijn overlijden. De verzekering loopt in dit geval, ten behoeve van de wettige erfgenamen van verzekerde, echter door voor zover zij een aanspraak op vergoeding van kosten in verband met het overlijden van verzekerde inhoudt.

Premiebetaling, gevolgen van niet-betaling en premierestitutie

de premie wordt door de verzekeraar vastgesteld. De gewijzigde premie wordt op een door de verzekeraar te bepalen wijze ter kennis gebracht aan de verzekeringnemer;

de premie is bij vooruitbetaling verschuldigd en wordt maandelijks voor de eerste dag van die maand in rekening gebracht tezamen met de nominale premie voor de ziekenfondsverzekering;

de verzekeraar zal aan de verzekeringnemer, die de premie voor de verzekering contant betaalt, een bewijs van betaling afgeven. Wanneer betaling plaatsvindt via bank of postbank geldt het betreffende dagafschrift als bewijs van betaling;

indien de verzekering ingaat op een dag gelegen tussen twee premieervaldata wordt de premie in rekening gebracht met ingang van de eerste dag van de maand direct volgend op de maand waarin de inschrijving plaatsvond;

indien de verzekering wordt beëindigd op een dag tussen twee vervaldata wordt de premie in rekening gebracht tot de eerste dag van de maand direct volgend op de maand waarin de beëindiging plaatsvindt.

De premie is verschuldigd door de verzekeringnemer voor alle - op zijn/haar polis ingeschreven - verzekerden met inachtneming van het bepaalde in artikel 4 lid 1. Verzekeraar is bevoegd voor kinderen tot 16 jaar een kinderpremie vast te stellen dan wel premievrijstelling te verlenen.

De premie is tevens verschuldigd door de verzekeringnemer die de leeftijd van 16 jaar nog niet heeft bereikt en die als verzekerde in de zin van artikel 3 Ziekenfondswet is ingeschreven.

Voor verzekerden die tijdens de duur van de verzekering de 16-jarige leeftijd bereiken, vervalt de uit hoofde van hun leeftijd toegekende premievrijstelling dan wel kinderpremie. De premie is dan verschuldigd met ingang van de maand volgend op de maand waarin de 16-jarige leeftijd wordt bereikt.

De verzekeraar heeft het incasseren van de premie opgedragen aan Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds.

Het niet incasseren van de premie ontslaat verzekeringnemer niet van zijn/haar verplichting tot tijdige premiebetaling.

Niet-betaling:

indien de verzekeringnemer niet, of niet binnen een termijn van 30 dagen, zijn/haar premie voldoet, vervalt elk recht op vergoeding op grond van de verzekering en kan verzekeraar zonder ingebrekestelling de onderhavige verzekering beëindigen;

het recht op vergoeding op grond van de verzekering wordt weer van kracht op de dag volgende op die waarop het verschuldigde bedrag aan premie en kosten, zoals genoemd in sub c, door de verzekeraar is ontvangen, voor zover de verzekering niet is beëindigd;

indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering met betrekking tot achterstallige premie, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, alsmede de administratiekosten en wettelijke rente, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtere kosten bedragen tenminste 15% van het te vorderen bedrag.

Al hetgeen verder de premiebetaling betreft, wordt geregeld door de verzekeraar.

Indien de verzekering is beëindigd tengevolge van het niet of niet tijdig voldoen van de premie, dan kan, met inachtneming van het in artikel 6 lid 4 bepaalde, een nieuwe verzekeringsovereenkomst worden gesloten.

Verzekerde is niet bevoegd de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoedingen.

Regeling van de vergoeding van kosten

Vergoeding van kosten vindt plaats na indiening van de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. De verzekeraar kan verlangen dat computernota's dienen te zijn gewaarmerkt door de zorgverlener.

Nota's die niet binnen 24 maanden na de datum waarop de verstrekking werd genoten, zijn ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Met inachtneming van hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De vergoedingen zullen nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten.

Verzekerde heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten en verstrekkingen indien:

- de zorgverlening verband houdt met oorlog, burgeroorlog, vijandelijke inval, oorlogstoestand;
- de zorgverlening verband houdt met een atoomkernreactie;
- de zorgverlening verband houdt met gebeurtenissen ontstaan of mogelijk geworden door opzet of grove schuld van verzekerde;
- de verzekerde bij vertrek naar het buitenland voorziet dat zorgverlening nodig zal zijn;

de zorgverlening verband houdt met de vooropgezette bedoeling behandeling door een in het buitenland gevestigde (tand)arts te verkrijgen; de verzekerde een onware opgave doet en / of een verkeerde voorstelling van zaken geeft. In dat geval vervalt het recht op uitkering voor de gehele vordering, ook voor die onderdelen waarbij geen onware opgave is gedaan en / of verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Indien de verzekering is aangevangen dan wel wordt beëindigd in de loop van een kalenderjaar, behoudt de verzekeraar zich het recht voor, voor zover aan de vergoeding van uitkeringen en verstrekkingen per kalenderjaar per verzekerde een maximum is verbonden, de vergoeding vast te stellen naar rato van het aantal hele maanden gedurende welke de verzekerde is ingeschreven. Indien aan de verzekerde meer is vergoed dan waarop krachtens het aantal verzekerde maanden aanspraak bestaat, dan kan de verzekeraar het teveel uitgekeerde bij de verzekerde terugvorderen.

Verzekerde heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten en verstrekkingen indien hij hierop krachtens een wettelijk geregelde verzekering, zoals bijvoorbeeld de ziekenfondsverzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst aanspraak kan maken.

Verzekeraar is bevoegd (een) vergoeding(en) van kosten te verrekenen met (een) vordering(en) wegens niet-betaling van premie.

Aansprakelijkheid van derden van kosten door de verzekeraar

Indien naar het oordeel van de verzekeraar een derde aansprakelijk is voor het veroorzaken van een feit dat aanleiding geeft tot het verlenen van een vergoeding uit de verzekering, is verzekerde verplicht ten genoegen van de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken en kosteloos alle medewerking te verlenen welke kan strekken tot verhaal van de geleden schade.

Steeds wanneer een derde bij een aan verzekerde overkomen ongeval is betrokken, dient onmiddellijk aangifte van het ongeval te geschieden bij de betreffende overheidsinstantie en bij de verzekeraar.

Zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar mag verzekerde geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij, behalve waar het gaat om het geldend maken van aanspraken ingevolge een reisverzekering.

Bij niet voldoen aan het bepaalde in dit artikel, vervallen de aanspraken van verzekerde jegens de verzekering, indien zij samenhangen met c.q. voortvloeien uit het ongeval.

Cessie / contractuele subrogatie

Zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar mag een verzekerde een vordering op de verzekeraar niet door middel van cessie of contractuele subrogatie overdragen aan een verzekeringsmaatschappij.

Andere verzekeringen

Indien - zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - door de verzekerde aanspraak zou kunnen worden gemaakt op verstrekkingen, vergoeding van kosten respectievelijk schaden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, respectievelijk op grond van enige wet, enige overeenkomst of enige andere voorziening, is de in deze voorwaarden bedoelde verzekering eerst in de laatste plaats geldig. In zo'n geval is de verzekeraar alleen gehouden tot verstrekkingen en vergoeding van kosten waarop de verzekerde elders geen aanspraak zou kunnen doen gelden.

Vrijwaring van aansprakelijkheid

De verzekeraar is tegenover de verzekerde niet aansprakelijk voor diens schade als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling tot wie of welke de verzekerde zich heeft gewend om zijn/haar aanspraak op een vergoeding uit de aanvullende verzekering geldend te maken. De verzekeraar is tegenover de verzekerde niet aansprakelijk voor diens schade als gevolg van gebruik van een door of vanwege de verzekeraar verstrekt hulpmiddel in strijd met de geldende gebruiks-, veiligheids- en onderhoudsvoorschriften, of als gevolg van een door of vanwege de verzekeraar verstrekt hulpmiddel, zoals bedoeld in artikel 186, boek 6 van het Burgerlijk Wetboek.

Rechten van verzekerde

Verzekerde kan aanspraak maken op de vergoedingsregelingen, zoals die worden vastgesteld door de verzekeraar. De verstrekkingen staan vermeld in de voorwaarden, die aan verzekerden beschikbaar worden gesteld.

Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht tijdig en desgevraagd schriftelijk aan de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken die nodig zijn voor de juiste uitvoering van de verzekering. Onder deze verplichting vallen onder meer mededelingen inzake geboorte, huwelijk, overlijden, verhuizing, verandering van post- of bankrekeningnummer en andere omstandigheden van verzekeringnemer of een van de verzekerden die een wijziging in de verzekering tot gevolg kunnen hebben.

De verzekeringnemer alsmede de op zijn/haar polis ingeschreven verzekerden zijn verplicht, op verzoek van de verzekeraar een onderzoek door een door de verzekeraar aan te wijzen (para)medisch adviseur, technisch adviseur of tandarts toe te staan.

Overige bepalingen

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan zijn/haar laatst bij de verzekeraar bekende adres.

De verzekeraar registreert en is houder van de gegevens van zijn verzekerden. Deze registratie is gebonden aan de wettelijk vastgestelde regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het Privacy Reglement is uitgewerkt in het Reglement Persoonsregistratie Amicon Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekeringen en ligt ter inzage bij de verzekeraar.

de verzekeraar heeft het recht de voorwaarden en/of de premie te wijzigen van de verzekering. Een dergelijke herziening geschiedt ingaande een door de verzekeraar vast te stellen datum;

de verzekeraar zal de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of pakketvoorwaarden en/of de premies schriftelijk kenbaar maken aan de verzekeringnemer;

de verzekeringnemer die niet met een wijziging als omschreven in artikel 16 lid 3 sub a akkoord gaat, kan de verzekering per de ingangsdatum van de wijzigingen beëindigen, mits de verzekeringnemer hiervan binnen een maand na de kennisgeving als bedoeld in artikel 16 lid 3 sub b schriftelijk mededeling doet aan de verzekeraar;

de leden b en c van dit artikel zijn niet van toepassing bij een wijziging indien en voor zover deze voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen.

Klachten en geschillen

Klachten over de uitvoering van deze verzekering kunnen ter bemiddeling worden voorgelegd aan de klachtenfunctionaris van Amicon Zorgverzekeraar. Verzekerde doet dit binnen zes weken na bekendmaking van de genomen beslissing die de basis voor het geschil vormt.

Verzekerde kan, nadat bemiddeling door de klachtenfunctionaris heeft plaatsgevonden, het geschil voor bemiddeling of advies voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Alle overige geschillen uit de verzekering voortvloeiend, kunnen worden onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter, tenzij partijen overeenkomen dat het geschil op een andere wijze zal worden beslecht.

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Slotbepaling

In de gevallen waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de verzekeraar.

Inwerkingtreding

De voorwaarden en vergoedingen worden van kracht met ingang van 1 januari 2001.

Alternatieve geneeswijzen

Verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van een consult of behandeling voor de hierna genoemde alternatieve behandelingen tot een maximum van f 350,- per verzekerde per kalenderjaar:

- acupunctuur
- antroposofie
- chiropractie
- flebologie
- homeopathie
- manuele geneeskunde
- Moermantherapie
- natuurgeneeswijzen
- orthomanipulatie
- orthomoleculaire geneeskunde
- osteopathie
- proktologie

De tegemoetkoming in de kosten wordt alleen verleend, indien de consulten of behandelingen worden gegeven door een arts of therapeut die voldoet aan de eisen genoemd in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden.

De behandelingen te verlenen door een antroposofisch therapeut zijn beperkt tot:

- heileurytmie therapie
- kunsthinnige therapie
- muziektherapie
- dieettherapie

Bevalling en kraamzorg

Kraampakket

Bij thuisbevalling of (poli)klinische bevalling komt de vrouwelijke verzekerde in aanmerking voor een kraampakket. Het kraampakket bevat diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling.

Na aanmelding voor kraamzorg via de Amicon Servicelijn Kraamzorg, telefoon: 0900 - 20 25 003 (uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap) krijgt verzekerde circa 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum het kraampakket thuisgestuurd.

Bezoekkosten

Bezoek opgenomen gezinslid in Nederland:

Indien een verzekerde in een in Nederland gelegen ziekenhuis of revalidatie-instelling verblijft, verleent verzekeraar een tegemoetkoming van f 0,40 per kilometer in de kosten van vervoer vanaf het woonadres van de bezoekende verzekerde naar de opgenomen verzekerde, tot een maximum van f 250,- per kalenderjaar per polis.

Op het in punt 1 genoemde maximum per polis zijn de volgende bepalingen van toepassing:

Indien het bezoek betreft van ouders (die ieder een eigen polis bezitten) aan hun opgenomen kind, dan is de ouder, waarbij het kind op deze polis als medeverzekerde is ingeschreven, rechthebbende op de tegemoetkoming tot het in punt 1 genoemde maximum;

Indien het bezoek betreft van ouders (die ieder een eigen polis bezitten) aan een opgenomen kind dat op zijn beurt eveneens een eigen polis bezit, dan wordt, in afwijking van het onder punt 1 bepaalde, aan elke ouder een tegemoetkoming van maximaal f 125,- per kalenderjaar verleend.

Voorwaarde voor het toekennen van de tegemoetkoming is dat de bezoekende en opgenomen verzekerde behoren tot hetzelfde gezin, d.w.z. dat de bezoekende en opgenomen verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds zijn ingeschreven in de zin van artikel 4 Ziekenfondswet, dan wel voor een dergelijke inschrijving in aanmerking zouden kunnen komen indien zij niet over een eigen rechtsgrond voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering zouden beschikken of bij Amicon Zorgverzekeraar particulier verzekerd zijn.

De tegemoetkoming wordt verleend over het aantal kilometers dat de 500 kilometer per kalenderjaar te boven gaat en op basis van één bezoek per dag.

Bij de vergoeding van het aantal kilometers wordt de afstand bepaald door middel van een door de verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

Bezoek opgenomen gezinslid in Davos:

Indien een verzekerde in het Nederlands Astmacentrum te Davos (Zwitserland) verblijft, verleent verzekeraar een tegemoetkoming van f 0,40 per kilometer in de kosten van vervoer vanaf het woonadres van de bezoekende verzekerde naar het opgenomen meeverzekerde gezinslid tot een maximum van één bezoek per kwartaal;

Bij gebruikmaking van openbaar vervoer worden maximaal de reiskosten van twee bezoekende meeverzekerden op basis van vervoer in de laagste klasse eenmaal per kwartaal vergoed;

Voorwaarde voor het toekennen van de tegemoetkoming is, dat de bezoekende en opgenomen verzekerde behoren tot hetzelfde gezin, d.w.z. dat de bezoekende en opgenomen verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds zijn

ingeschreven in de zin van artikel 4 Ziekenfondswet, dan wel voor een dergelijke inschrijving in aanmerking zouden kunnen komen indien zij niet over een eigen rechtsgrond voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering zouden beschikken, of bij Amicon Zorgverzekeraar particulier verzekerd zijn.

Brillenglazen en contactlenzen

Verzekerde heeft eenmaal per kalenderjaar recht op een tegemoetkoming in de kosten van een eenmalige aanschaf van hetzij enkelvoudige brillenglazen of contactlenzen, hetzij meervoudige brillenglazen of contactlenzen, volgens de volgende tabel:

| <i>Sferische sterkte in dioptrieën</i> | <i>enkelvoudig glas/lens</i> | <i>meervoudig glas/lens</i> |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 4.25 - 6.00 | f 50,- | f 80,- |
| 6.25 - 8.00 | f 60,- | f 90,- |
| 8.25 - 10.00 | f 70,- | f 100,- |
| 10.25 - en meer | f 80,- | f 110,- |

De in de tabel genoemde tegemoetkomingen worden verleend per brillenglas of lens.

Buitenland: vaccinatie/tabletten (preventie buitenlandse reizen)

Verzekeraar vergoedt de kosten van vaccinaties tegen tropische infectieziekten en malariamiddelen. Per verzekerde wordt per kalenderjaar maximaal f 100,- vergoed voor vaccinaties en malariamiddelen tezamen. Het honorarium van de arts, die tot vaccinatie overgaat, is van vergoeding uitgesloten, tenzij verricht door een bevoegd medewerker van de GGD.

Buitenland: verblijf

Bij een verblijf van maximaal 6 maanden buiten Nederland heeft verzekerde recht op:

- vergoeding van kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige zorg en tandheelkundige zorg, met inachtneming van het onder punt 3 bepaalde, die tijdens het verblijf zijn ontstaan;
- organisatie van zorgverlening door de Alarmcentrale SOS International bij spoedeisende medische zorg; telefoonnummer: 020 - 651 51 51;
- kosten van de medisch noodzakelijke repatriëring van de gewonde of zieke, alsmede de organisatie van deze repatriëring door SOS International;

zorgverlening door Euro-Centers op vertoon van de polis;
in geval van overlijden: vervoer van het stoffelijk overschot, georganiseerd door SOS International, van de plaats van overlijden naar Nederland. De maximale vergoeding bedraagt f 8.000,-;
kosten van vervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het ziekenhuis en terug, in het geval van ziekenhuisopname wegens ziekte of een ongeval van een meereizend, meeverzekerd gezinslid. Vergoeding van de kosten vindt plaats op basis van de kosten van vervoer in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel dan wel, bij gebruik van eigen auto, op basis van een kilometerprijs van f 0,40. De maximale vergoeding bedraagt f 500,- per polis per kalenderjaar.

Spoedeisende, medisch noodzakelijke farmaceutische zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking, indien daar een recept van de behandelend arts aan ten grondslag ligt.

Een opname in een ziekenhuis in het buitenland moet direct worden gemeld bij de Alarmcentrale SOS International. Opnames die niet tijdig zijn gemeld en opnames in privé-klinieken komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding van de gezamenlijke kosten van spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland en van in Nederland genoten tandheelkundige zorg vindt plaats met inachtneming van de toepasselijke bepalingen in deze pakketvoorwaarden over tandheelkunde.

Tandheelkundige prothetische zorg, verleend tijdens verblijf in het buitenland, wordt door verzekeraar niet vergoed.

Camouflagetherapie

Onder camouflagetherapie wordt verstaan de methode van het aan het zicht onttrekken van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en hals door het opbrengen van cosmetische middelen, alsmede het zich eigen maken van deze methode door instructies van een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Tevens wordt onder camouflagetherapie verstaan het volgen van het programma 'Goed verzorgd, beter gevoel' in ziekenhuizen.

Op verwijzing door huisarts of specialist vergoedt verzekeraar de kosten van behandeling door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist tot een maximum van f 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van noodzakelijke camouflagemiddelen tot een maximum van f 250,- per verzekerde per kalenderjaar. De middelen dienen te worden geleverd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Verzekeraar gaat alleen dan over tot vergoeding van kosten, indien zowel de behandelingen worden gegeven als de middelen worden verstrekt door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut die aan de in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden genoemde eisen voldoet.

Epilatie

Verzekeraar vergoedt op verwijzing door huisarts of specialist de kosten van het verwijderen van abnormale haargroei in de hals en het gelaat door middel van elektrische epilatie of door middel van laserbehandeling, tot een maximum van f 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verzekeraar gaat alleen dan tot vergoeding van de kosten van elektrische epilatie over indien de consulten of behandelingen worden gegeven door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, die aan de in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden genoemde eisen voldoet. De kosten van laserbehandeling komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze wordt verricht door een door de verzekeraar erkende behandelaar.

Fysiotherapie en oefentherapie

Verzekeraar vergoedt, op aanvraag van huisarts of specialist, de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck en Cesar, mits deze behandelingen een voortzetting vormen van een krachtens de Ziekenfondswet verstrekte behandeling fysiotherapie of oefentherapie.

Geneesmiddelen: alternatieve geneesmiddelen

Verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van alternatieve geneesmiddelen tot een maximum van f 350,- per verzekerde per kalenderjaar onder de volgende voorwaarden:

- de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een behandelend (alternatief) praktiserend arts;
- de geneesmiddelen zijn opgenomen, als artikel 4 preparaat, in de lijst van homeopathische farmaceutische producten (ISBN no. 90 54 58 676 1) (artikel 4 preparaten zijn homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die door de Nederlandse associatie van fabrikanten en importeurs aan het College ter beoordeling van geneesmiddelen zijn aangeboden);
- de middelen zijn afgeleverd door een Nederlandse apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Drinkampullen, alternatieve en reguliere zelfzorgmiddelen en voedingssupplementen zijn van vergoeding uitgesloten.

Hulpmiddelen

Verzekerde heeft, op verwijzing door huisarts of specialist, recht op ter beschikkingstelling van de volgende artikelen in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat:

- plaswekker
- slijmzuiger

Op verwijzing door de specialist en na voorafgaande toestemming van verzekeraar heeft verzekerde recht op ter beschikkingstelling van de volgende artikelen in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat:

- lymphapress
- bewakingsmonitor voor baby's

Indien aan verzekerde lymfoedeemtherapie wordt verleend, worden de aanschafkosten van een manchet volledig vergoed.

Indien aan verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet één of meer van de volgende hulpmiddelen zijn verstrekt, heeft hij recht op de volgende vergoedingen:

Borstprothesen

Verzekeraar vergoedt de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet is verschuldigd voor de borstprothese.

Voorlopig orthopedisch schoeisel

Indien op voorschrift van de specialist voorlopig orthopedisch schoeisel nodig is, wordt na voorafgaande toestemming van de verzekeraar, 75% vergoed van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet voor orthopedisch schoeisel verschuldigd zou zijn.

Hoortoestellen

Verzekeraar vergoedt de kosten van de eigen bijdrage, die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet is verschuldigd, voor een hoortoestel, tot een maximum van f 150,- per hoortoestel. Van vergoeding zijn uitgesloten de kosten van extra batterijen, onderhoudscontract, afstandsbediening en schoonmaaksetjes.

Pruiken

Verzekeraar vergoedt de kosten van de eigen bijdrage, die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet is verschuldigd tot een maximum van f 150,-.

Softbraces

Op voorschrift van huisarts of specialist vergoedt verzekeraar 75% van de kosten van softbraces (inclusief niet-verstevigde halskragen) tot een maximum van f 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Steunpessarium

Verzekeraar vergoedt, op verwijzing door huisarts of specialist, de kosten van een steunpessarium. Het steunpessarium dient te worden geleverd door de apotheek.

Lymfoedeem

Op verwijzing van de behandelend specialist en na voorafgaande toestemming van verzekeraar heeft een verzekerde, bij wie sprake is van ernstig lymfoedeem, recht op vergoeding van de kosten van therapeutische manuele lymfdrainage tot een maximum van f 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

De tegemoetkoming in de kosten wordt alleen verleend, indien de behandelingen worden gegeven door een huidtherapeut die aan de in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden genoemde eisen voldoet.

Podotherapie

Op verwijzing door huisarts of specialist vergoedt verzekeraar 75% van de kosten van consulten en behandelingen door een podotherapeut, tot een maximum van f 250,- per verzekerde per kalenderjaar. De hulpmiddelen in het kader van podotherapie zijn van vergoeding uitgesloten.

Verzekeraar gaat alleen dan over tot vergoeding over indien consulten en behandelingen worden gegeven door een Podotherapeut die aan de in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden genoemde eisen voldoet.

Psoriasis

Voor het huren van belichtingsapparatuur te plaatsen bij verzekerde thuis, heeft verzekerde na voorafgaande toestemming van verzekeraar recht op vergoeding van 50% van de huurkosten.

Voorwaarde voor vergoeding is dat de kuur is voorgeschreven door de huidarts.

Psychologische zorg

De verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van psychologische zorg tot een maximum van f 500,- per verzekerde per kalenderjaar onder de volgende voorwaarden:

- de psychologische zorg vindt plaats na verwijzing door de huisarts;
- de psychologische zorg heeft betrekking op kortdurende individuele psychologische zorg;
- de psychologische zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog zoals bedoeld in artikel 2 van de Algemene Verzekeringvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfondsverzekerden.

Psychotherapie

Verzekeraar vergoedt per verzekerde per kalenderjaar 50% van de eigen bijdrage, die verzekerde verschuldigd is voor psychotherapeutische zorg op grond van het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering (AWBZ), voor zover deze eigen bijdrage een bedrag van f 400,- per verzekerde per kalenderjaar te boven gaat.

Second Opinion

Verzekeraar vergoedt de kosten van het eenmalig raadplegen van een andere specialist, wanneer de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld.

Sport Medisch Adviescentrum

Verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van de consulten en onderzoeken door een Sport Medisch Adviescentrum tot een maximum van f 300,- per verzekerde per kalenderjaar. Prestatieve begeleiding en keuringen zijn van vergoeding uitgesloten.

Stottertherapieën

Verzekeraar vergoedt op verwijzing van huisarts of specialist de kosten van stottertherapieën door de instituten Del Ferro te Amsterdam en De Pauw te Lisse tot een maximum van f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Tandheelkunde

Verzekerden van 18 jaar en ouder:

Verzekeraar verleent de verzekerde van 18 jaar en ouder een tegemoetkoming van 75% van de kosten van de hieronder, in lid 1 t/m 10 genoemde, tandheelkundige zorg, tot een maximum van f 400,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verzekeraar vergoedt:

Consultatie en diagnostiek: C25, C 40, C45, C50, C60, C65, C80.

Röntgendiagnostiek: X10, X21, X24.

Preventie en mondhygiëne M10, M20, M21, M31, M39, M70.

Anesthesie: Alle A-codes.

Restauraties d.m.v. plastische materialen (vullingen): Alle V-codes.

Endodontie (Wortelkanaalbehandelingen): E10, E15, E20, E25, E30, E35, E40,

E50, E60, E65, E70, E75, E85, E90, E95, E97.

Restauraties d.m.v. niet plastische materialen (kroon- en brugwerk, inlays):

Alle R-codes.

Chirurgische ingrepen: H10, H15, H20, H25, H26, H30, H40, H41, H70, H75;

H21 uitsluitend in combinatie met H30, H40, H41, H70 en H75.

Volledige onder en/of boven prothese:

De kosten van eigen bijdrage, die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen 1996 is verschuldigd voor een volledige onder- en/of bovenprothese. Geen toestemming van de verzekeraar is vereist indien de volledige prothese bestaat uit een combinatie van onderstaande codes. In alle overige gevallen is voorafgaande toestemming vereist.

Door tandarts: P14, P17, P21, P25, P29, P30, P31, P32, P33, P36, P37, P38, P40, P42, P00;

Door tandprotheticus: P80, P81, P82, P83, P00.

Partiële prothese: P10, P15, P16, P18, P51, P52, P53, P54, P57, P58, P78, P79, P00.

Verzekerden tot 18 jaar

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming van 75% van de kosten van de hieronder genoemde tandheelkundige zorg, die verleend wordt aan verzekerden tot 18 jaar, tot een maximum van f 400,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verzekeraar vergoedt: Restauraties d.m.v. niet-plastische materialen (kroon- en brugwerken, inlays): Alle R-codes. Mondbeschermer: M60.

Bovengenoemde verrichtingencodes worden in Nederland door tandheelkundige behandelaars vermeld op de nota's.

Verzekerden kunnen uitsluitend aanspraak maken op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, zoals omschreven in artikel 20 lid a en b, indien zij zich tenminste eenmaal per jaar tot de tandarts hebben gewend.

Tandheelkundige zorg na een ongeval

Verzekerde komt in aanmerking voor vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, noodzakelijk geworden ten gevolge van een ongeval, tot een maximum van f 2.000,- per gebeurtenis, mits:

- verzekerde schriftelijk aan verzekeraar heeft aangetoond dat een ongeval heeft plaatsgevonden, zoals bedoeld in artikel 2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen voor Ziekenfonds-verzekerden;
- het ongeval na aanvang van de verzekering heeft plaatsgevonden.

Second opinion

Verzekerde komt in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het éénmalig raadplegen van een andere tandarts dan de huistandarts. Ook de mening van de adviserend tandarts van verzekeraar kan worden gevraagd.

Therapeutisch kamp voor jongeren tot 18 jaar met chronische aandoening

Verzekeraar vergoedt, op verwijzing van huisarts of specialist, de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp in Nederland voor jongeren tot 18 jaar met een chronische aandoening, tot een maximum van f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verpleegartikelen

Verzekeraar vergoedt de huurkosten van de volgende verpleegartikelen, uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien en zodra deze artikelen niet meer op grond van de AWBZ worden vergoed:

- Infuusstandaard
- Ledikantverhoger
- Ondersteek
- Rolstoel in standaard uitvoering
- Rugsteun
- Stoomketel
- Toiletstoel
- Toiletverhoger

De genoemde vergoeding heeft betrekking op een periode van maximaal zes maanden.

Overzicht vergoedingen

Artikel

| | |
|---|------------|
| Alternatieve geneeswijzen | Artikel 1 |
| Alternatieve geneesmiddelen | Artikel 10 |
| Bevalling en kraamzorg | Artikel 2 |
| Bezoekkosten | Artikel 3 |
| Borstprothesen | Artikel 11 |
| Brillenglazen en contactlenzen | Artikel 4 |
| Buitenland: Vaccinatie/tabletten | Artikel 5 |
| Verblijf | Artikel 6 |
| Camouflagetherapie | Artikel 7 |
| Epilatie | Artikel 8 |
| Fysiotherapie en oefentherapie | Artikel 9 |
| Geneesmiddelen: alternatieve geneesmiddelen | Artikel 10 |
| Hoortoestellen | Artikel 11 |
| Hulpmiddelen | Artikel 11 |
| Kraamzorg | Artikel 2 |
| Lymfoedeem | Artikel 12 |
| Podotherapie | Artikel 13 |
| Pruiken | Artikel 11 |
| Psoriasis | Artikel 14 |
| Psychologische zorg | Artikel 15 |
| Psychotherapie | Artikel 16 |
| Reiskosten | Artikel 3 |
| Second Opinion specialist | Artikel 17 |
| Second Opinion tandarts | Artikel 20 |
| Softbraces | Artikel 11 |
| Sport Medisch Adviescentrum | Artikel 18 |
| Steunpessarium | Artikel 11 |
| Stottertherapieën | Artikel 19 |

Overzicht vergoedingen

Artikel

| | |
|---|------------|
| Tandheelkunde | Artikel 20 |
| Tandheelkunde na ongeval | Artikel 20 |
| Therapeutisch kamp voor jongeren tot 18 jaar met chronische aandoening | Artikel 21 |
| Vaccinatie/tabletten buitenland | Artikel 5 |
| Verblijf buitenland | Artikel 6 |
| Verpleegartikelen | Artikel 22 |
| Voorlopig orthopedisch schoeisel | Artikel 11 |