



promovendum

— VERZEKERINGEN —



AANVULLENDE EN TANDARTSVERZEKERING 2015



Inhoudsopgave

1. Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	3
Artikel 1 Begripsomschrijvingen	3
Artikel 2 Aanmelding en inschrijving	6
Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van jouw aanvullende verzekering	7
Artikel 4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico	8
Artikel 5 Premie	8
Artikel 6 Wijziging van premie en/of voorwaarden	9
Artikel 7 Vergoedingen	10
Artikel 8 Materiële controle en fraude	12
2. Vergoedingen	13
Artikel 1 Inleiding	13
Artikel 2 Service	13
Artikel 3 Vergoedingen en aanspraken	13
3. Aanvullende verzekering	16
Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	16
Artikel 2 Anticonceptie/Sterilisatie	17
Artikel 3 Buitenland wereldwijd	18
Artikel 4 Fysiotherapie en oefen therapie Cesar/Mensendieck	20
Artikel 5 Hulpmiddelen en eigen bijdragen	21
Artikel 6 Leefstijltraining	21
Artikel 7 Plastische chirurgie	22
Artikel 8 Sportmedisch onderzoek en fitness	22
Artikel 9 Stottertherapie	22
Artikel 10 Voetbehandeling/Podotherapie	23
4. Tandartverzekering	24
Artikel 1 Tandartspakket	24



1. Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 10 die gelden voor Promovendum Ruime Keuze zijn ook van toepassing op de aanvullende (tandarts) verzekeringen. Deze voorwaarden sturen wij jou op verzoek toe. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandarts) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Apotheekhoudende

(Internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Consult alternatieve geneeswijze

Behandeling gedurende een aaneengesloten periode met een maximale duur van 1 uur waarin de verzekerde zorg heeft gehad.



Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat je je meldt met jouw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Fysiotherapeut

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.



Promovendum Ruime Keuze

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Sportmedische instelling

Een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Tandarts

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekering

Eén of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven ziektekostenverzekeringen, die als aanvulling op Promovendum Ruime Keuze gesloten worden.

Verzekeringnemer

Degene die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wij/ons

De gevolmachtigde agent Caresco BV, aan wie door N.V. VGZ Cares volmacht als bedoeld in artikel 4:79 Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend terzake uitvoering van zorgverzekeringen.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.



Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgverzekeraar

N.V. VGZ Cares, feitelijk en statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 29035387.
N.V. VGZ Cares is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000597.
N.V. VGZ Cares is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A.

Artikel 2. Aanmelding en inschrijving

2.1

Iedereen, die recht heeft op Promovendum Ruime Keuze, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. Een aanvullende verzekering kan nooit, met uitzondering van artikel 3.1, met terugwerkende kracht worden aangegaan. Je meldt je aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het aanvraagformulier op onze website.

2.2

Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:

- a. jij (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
- b. jij je schuldig hebt gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 2.4 van Promovendum Ruime Keuze;
- c. jouw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- d. jij op het moment van aanmelding al zorg behoeft, dan wel er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen van de aanvullende verzekering.



Artikel 3. Ingangsdatum, duur en einde van jouw aanvullende verzekering

3.1 Ingangsdatum en duur van jouw aanvullende verzekering

De verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum en wordt gesloten voor het jaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.

3.2 Einde van jouw aanvullende verzekering

a. Jij (verzekeringnemer) kunt jouw aanvullende verzekering beëindigen:

- door ervoor te zorgen dat jouw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en geëffectueerde opzegging is onherroepelijk;
- door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als jij uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens jou (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als jij (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet jij (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van jouw nieuwe zorgverzekeraar.

b. Wij beëindigen jouw aanvullende verzekering:

- op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen de door ons binnen de gestelde betalingstermijn van in de tweede schriftelijke aanmaning gestelde betalingstermijn van ons nog niet zijn betaald. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van jouzelf als van de verzekerde(n), die op jouw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd;
- met onmiddellijke ingang:
 1. wanneer jij niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;



2. wanneer achteraf blijkt dat jij het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 3. bij aangetoonde fraude, zoals omschreven in artikel 2.4 van Promovendum Ruime Keuze.
- c. Kennisgevingen gericht aan het laatst bij ons bekende (e-mail)adres, worden geacht de verzekeringnemer dan wel de verzekerde te hebben bereikt.

Artikel 4. Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn alleen van toepassing op Promovendum Ruime Keuze en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 5. Premie

5.1 Hoogte van de premie

Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij/zij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

5.2 Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie bij vooruitbetaling per maand giraal te voldoen. Onder premie wordt ook verstaan de heffingen en bijdragen die wij (op grond van wettelijke (al dan niet buitenlandse) verplichtingen) aan verzekerden in rekening brengen. Als wij de premie niet of niet tijdig incasseren, is de verzekeringnemer niettemin gehouden tot tijdige premiebetaling.

5.3 Niet-tijdige betaling

5.3.1

Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. In geval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning.



Behoudens in geval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid 5 door ons zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd;

5.3.2

Indien de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid 5.3.1 niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling;

5.3.3

In afwijking van lid 5.3.1 kunnen wij, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand, de dekking schorsen indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de eerste premie na het aangaan van de overeenkomst;

5.3.4

Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan;

5.3.5

Als wij maatregelen treffen tot incasso van de vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

5.4 Overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

Artikel 6. Wijziging van premie en/of voorwaarden

6.1

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

6.2

Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer jij al verzekerd was.



6.3

Wanneer jij niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kun jij dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen jouw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.

6.4

Jij mag de wijziging niet weigeren wanneer de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van (een wijziging in) wettelijke regelingen.

6.5

De bepalingen van de collectieve overeenkomst prevaleren indien en voor zover zij afwijken van het gestelde in deze verzekeringsvoorwaarden. Indien deze bepalingen niet langer van toepassing zijn op de verzekerde, worden de bepalingen van de individuele overeenkomst weer van toepassing.

Artikel 7. Vergoedingen

7.1

Jij hebt recht op vergoeding van jouw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

7.2 Aanspraken bij verblijf in het buitenland

De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. In het kader van deze bepaling is artikel 9, dat geldt voor Promovendum Ruime Keuze, van overeenkomstige toepassing.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Dit artikel is tevens niet van toepassing op artikel 7.4 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering.



Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.

7.3 Samenloop

7.3.1

Jij kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:

- vanuit Promovendum Ruime Keuze verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik maken van niet gecontracteerde zorg;
- kosten die met het eigen risico van Promovendum Ruime Keuze zijn verrekend, tenzij het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoed wordt vanuit de collectieve aanvullende verzekering;
- wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.

7.3.2

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

Als jij naast deze aanvullende verzekering een reisverzekering hebt afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt deze aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van deze aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling ter zake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden. De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer vanwege toepassing van een vrijwillig gekozen



eigen risico of een vergoedingsmaximum, geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Alleen in die situaties biedt deze aanvullende verzekering vergoeding volgens de geldende polisvoorwaarden.

7.4

De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kun jij downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

7.5

Wanneer jij meerdere verzekeringen bij ons hebt afgesloten, komen de door jou ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:

- Promovendum Ruime Keuze;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekeringen.

Artikel 8. Materiële controle en fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aan-ge-wezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor Promovendum Ruime Keuze is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.



2. Vergoedingen

Promovendum Servicepakket

Artikel 1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overige service en aanspraken van de verzekeringsovereenkomst beschreven. Ter toelichting: deze overige service en aanspraken kunnen niet worden ontleend aan en zijn niet gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering.

Artikel 2. Service

2.1 Verhaalsbijstand/Juridisch advies

Verhaalsbijstand en/of juridisch advies kan worden verleend bij:

- a. Het verhalen van door verzekerde geleden letselschade, als gevolg van een ongeval, op een wettelijk aansprakelijke derde of degene die daarvoor naar burgerlijk recht aansprakelijk is.
- b. Aanspraken op schadevergoedingen jegens aansprakelijke derden zowel op grond van een toerekenbare tekortkoming als op grond van een onrechtmatige daad als gevolg van medisch handelen.

De verhaalsbijstand wordt verleend door een met ons samenwerkende organisatie en alleen voor gebeurtenissen in Nederland. De betreffende organisatie beoordeelt en bepaalt of, en zo ja in hoeverre, verhaalsbijstand aan verzekerde wordt verleend. De van toepassing zijnde regeling (waar geen rechten aan kunnen worden ontleend) maakt geen deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en wordt desgewenst toegestuurd door ons.

Artikel 3. Vergoedingen en aanspraken

Voor een overzicht van de vergoeding uit het Promovendum Servicepakket verwijzen wij jou naar de website www.promovendum.nl.



Voorwaarden Promovendum Servicepakket

A Buitenland

Alarmcentrale

Als jij tijdens jouw tijdelijk verblijf in het buitenland onverwachts ziek wordt en spoedeisende hulp nodig hebt, neem dan contact op met de alarmcentrale. Bij een ziekenhuisopname is dit verplicht. De hulpverleners van de Alarmcentrale staan dag en nacht klaar om te helpen als jij een arts wilt bezoeken, opgenomen moet worden in een ziekenhuis of als jij advies nodig hebt over een medisch probleem. Het telefoonnummer vind je op jouw zorgpas.

Je kunt rekenen op de volgende service:

- 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaarheid voor advies en hulp.
- Wereldwijde kennis van de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit van ziekenhuizen.
- Regelmatig contact met jouw behandelend arts in het buitenland door het medisch team van de Alarmcentrale tijdens een opname.
- Begeleiding tot en met jouw herstel in het buitenland.
- Het organiseren van een medische repatriëring indien noodzakelijk (in geval jij Promovendum Ruime Keuze met aanvullende dekking hebt).

De verzekerde kan terzake van ernstige ziekte of een ernstig ongeval voor hulp en advies onmiddellijk voor rekening van ons contact opnemen met de Alarmcentrale.

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de hulpverlening door de Alarmcentrale;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Alarmcentrale.

In geval van nood kun jij je dag en nacht en ook in het weekend in verbinding stellen met de Alarmcentrale. Het telefoonnummer vind je op jouw zorgpas.



B Zorgbemiddeling en Zorggarantie

Zorgbemiddeling

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kun jij een beroep doen op Zorgbemiddeling. Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op jouw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt natuurlijk van de situatie af, maar in verreweg de meeste gevallen zijn wij er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.

Zorggarantie

Voor een groot aantal behandelingen geven wij een Zorggarantie af. Dit betekent dat voor deze behandelingen wordt gegarandeerd dat binnen 5 werkdagen een eerste consult kan plaatsvinden. Daarnaast garanderen wij voor deze behandelingen dat binnen 10 werkdagen de behandeling kan plaatsvinden, mits de diagnose van de medisch specialist dit toelaat en er geen andere diagnostiek vereist is. Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij onze afdeling Zorgbemiddeling.



3. Aanvullende verzekering

Artikel 1. Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen en therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden 80% voor de gezamenlijke kosten tot een maximum bedrag van € 200,- per persoon per kalenderjaar. Per consult krijg jij een maximum van € 50,- vergoed. Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:
 - zijn voorgeschreven door een arts;
 - geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;
 - een volledig homeopathische samenstelling hebben;
 - zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- b. De alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van zorgverleners kun je vinden in onze [Zorgzoeker](#). Je kunt ook terecht bij een arts die BIG-geregistreerd is en die zich specifiek richt op acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, homeopathie of natuurgeneeswijzen. Artsen die lid zijn van de CAM-artsenverenigingen en de NAAV staan ook in onze [Zorgzoeker](#).



- c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief arts of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;
- van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz.

Artikel 2. Anticonceptie/Sterilisatie

2.1 Anticonceptie

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Promovendum Ruime Keuze):

- NuvaRing;
- Mirena (spiraaltje);
- Implanon;
- De anticonceptiepil;
- Condooms (ongeacht de leeftijd van de verzekerde).

Voorwaarden vergoeding

- De anticonceptiva worden vergoed tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS), de bovenlimietprijs.
- Condooms worden vergoed tot een maximum bedrag van € 20,- per kalenderjaar.

2.2 SOA Preventie

Wij vergoeden eenmalig de kosten van een SOA preventieconsult per jaar.



2.3 Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie, als de behandeling plaatsvindt in:

- de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen

- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- De kosten van de nacontrole worden vergoed vanuit Promovendum Ruime Keuze.

Artikel 3. Buitenland wereldwijd

3.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van jou naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit Promovendum Ruime Keuze zouden zijn vergoed.
- Jij moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kun jij vinden op jouw zorgpas.



- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer jij een Aanvullende Tandartsverzekering hebt. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

3.2 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;
- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximum bedrag van € 7.000,- per gebeurtenis.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kun jij vinden op jouw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

3.3 Spoedeisende en niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een vakantiereis naar het buitenland:

- Malaria;
- Difterie, tetanus en poliomyelites (DTP);
- Gele koorts;
- Tyfus;
- Cholera;
- Hepatitis A en B.



Artikel 4. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarden

Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kun jij vinden in onze [Zorgzoeker](#).

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen, zoals bijvoorbeeld sportmassage, fysiofit, zwangerschaps- en/of kraamvrouwengymnastiek.
- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt.

Wij vergoeden een maximum bedrag van € 300,- per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult maximaal het bedrag zoals opgenomen in de lijst maximale vergoedingen niet gecontracteerde zorgverleners tot € 300,- per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut.



Artikel 5. Hulpmiddelen en eigen bijdragen

5.1 Vergoeding eigen bijdragen

Wij vergoeden de hieronder genoemde eigen bijdragen die jij verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van Promovendum Ruime Keuze. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- Voor een pruik een maximum bedrag van € 50,- per kalenderjaar.
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen een bedrag van € 30,- eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen.
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, een bedrag van € 25,- per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien jij recht hebt op vergoeding vanuit de Regeling hulpmiddelen.

5.2 Vergoeding brillen, brillenglazen en contactlenzen

Wij vergoeden voor een bril (glazen, montuur) of lenzen vanaf + of - 3 dioptrieën, een bedrag van € 115,- per jaar.

5.3 Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur inclusief twee broekjes) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,-. De vergoeding voor een plaswekker geldt eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.
- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.

Artikel 6. Leefstijltraining

Wij geven een tegemoetkoming van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van een basis leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Training & Coaching in Dalfsen voor:



- hartpatiënten
- whiplashpatiënten
- mensen met stress en burn-out gerelateerde klachten

Artikel 7. Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij moeten jou vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 8. Sportmedisch onderzoek en fitness

Wij vergoeden:

- een sportmedisch onderzoek bij een Sportmedische instelling (aangesloten bij het FSMI) tot een maximum bedrag van €114,- per 2 kalenderjaren;
- gedurende de looptijd van de verzekering eenmalig een bedrag van € 25,- van de inschrijfkosten van een fitnessclub. Wij vergoeden de inschrijfkosten na ontvangst van een bewijs van inschrijving en een bewijs van betaling.

Artikel 9. Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de behandelmethode BOMA en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken te Deurningen.

Wij vergoeden per persoon een maximum bedrag van € 350,- voor de gehele duur van de verzekering.



Artikel 10. Voetbehandeling/Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 70,- per persoon per kalenderjaar.



4. Tandartverzekering

Artikel 1. Tandartspakket

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. Tevens vergoeden wij de kosten voor eenvoudige extracties en implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door een kaakchirurg.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- keuringsrapporten en niet nagekomen afspraken;
- uitwendig bleken van tanden en kiezen;
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor;
- orthodontie;
- abonnementen;
- tandheelkundige verklaring;
- algehele narcose (A20);
- mondbeschermers (M61).

De totale vergoeding is maximaal € 350,- (inclusief techniekkosten) per persoon per kalenderjaar.