

**Ingangsdatum 1 september 2002**

# **Voorwaarden en vergoedingen ZilverKeuzePolis**

**Met één ster**

**Met twee sterren**

**Met drie sterren**

**Met vier sterren**



**Zilveren Kruis | achmea**

## Vergoedingenoverzicht

Vergoeding	Artikel	Bladzijde	1*	2**	3***	4****	Tandarts-Polis	Tandarts-Extra-Polis	Klassen-verzekering	Achmea health
Acnebehandeling	42	14			■	■				
Alarmeringsapparatuur	23, 52	11, 16	■	■	■	■				■
Alternatieve geneeswijzen/therapieën	22	11		■	■	■				
Astmacentrum Davos	3	8	■	■	■	■				
Audiologisch centrum	13	9	■	■	■	■				
Bevalling	26	12	■	■	■	■				
Bewakingsapparatuur wiegendood	56	17								■
Brilmonturen, brillenglazen en contactlenzen	25, 51	12, 16			■	■				■
Buitenland	30, 31, 50	13, 13, 16	■	■	■	■				■
Buitenland, preventieve vaccinaties	57	17								■
Camouflagetherapie	42	14			■	■				
Cosmetische chirurgie	40	14	■	■	■	■				
Dagverpleging	1	8	■	■	■	■				
Epilatie	42	14			■	■				
Erfelijkheidsonderzoek	14	9	■	■	■	■				
Ergotherapie	19	10		■	■	■				
Farmaceutische zorg	17	10	■	■	■	■				
Fitness	64	17								■
Fysiotherapie	18	10	■	■	■	■				
Gasthuizen, verblijf bij poliklinische behandeling in ziekenhuis	12	9		■	■	■				
Gasthuizen, verblijf van gezinsleden bij opname	2	8		■	■	■				
Herstellingsoord	33	13			■	■				
Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	22	11		■	■	■				
Huidtherapie	42	14			■	■				
Huisarts	16	9		■	■	■				
Hulpmiddelen	23	11	■	■	■	■				
In vitro fertilisatie	10	9			■	■				
Kraampakket	54	16								■
Kraamzorg	27, 28	12		■	■	■				
Kuurreis/kuurcentrum	32, 63	13, 17		■	■	■				■
Leefstijltrainingen	60	17								■
Leukemie-onderzoek bij kinderen	11	9	■	■	■	■				
Logopedie	20	10	■	■	■	■				
Manuele lymfdrainage	41	14			■	■				
Medisch specialistische zorg, extramuraal	6	8	■	■	■	■				
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	5	8	■	■	■	■				
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	8	■	■	■	■				
Nierdialyse	9	9	■	■	■	■				
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	18	10	■	■	■	■				
Orgaantransplantaties	8	9	■	■	■	■				
Orthodontie	44	15		■	■	■				
Orthodontie, bijzondere gevallen	49	16	■	■	■	■				
Overgangsconsulten	66	18								■
Plaswekker	24	11			■	■				
Podotherapie	37	14		■	■	■				
Preventieve cursussen	61	17								■
Preventieve onderzoeken	58	17								■
Psoriasisbehandeling	15	9		■	■	■				
Psychologische zorg	36	13		■	■	■				
Psychotherapie, eigen bijdrage AWBZ	35	13	■	■	■	■				
Revalidatie, deeltijdbehandeling	4	8	■	■	■	■				
Second opinion	53	16								■
Sportmedisch onderzoek	59	17								■
Steunzolen	38	14			■	■				
Stottertherapie	21	11		■	■	■				
Tandheelkundige zorg, algemeen	46	15	■	■	■	■	■	■		
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	48	15		■	■	■				
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	47	15		■	■	■				
Tandheelkundige implantaten	45	15		■	■	■				
Therapeutisch kamp	34	13			■	■				
Thuiszorg gehandicapten en chronisch zieken	43	15			■	■				
Verloskundige zorg	26	12	■	■	■	■				
Verpleegartikelen	55	16								■
Vervoer van zieken	29	12	■	■	■	■				
Voedingsvoorlichting	62	17								■
Voetverzorging	39	14			■	■				
Wachttijdbemiddeling	65	18								■
Zelfstandig behandelcentrum	7	8	■	■	■	■				
Ziekenhuisopname	1	8	■	■	■	■			■	
Ziekenhuisopname, overnachting en vervoer gezinsleden	2	8		■	■	■				

**We beschrijven in deze polisvoorwaarden allereerst de algemene voorwaarden.**

**Vanaf pagina 8 beschrijven we artikelsgewijs de vergoedingen waarop u recht heeft. Bij elk artikel beschrijven we uit welke (aanvullende) verzekering u vergoeding krijgt.**

**In het overzicht op de linkerpagina staat schematisch weergegeven in welk artikel en op welke bladzijde u kunt nalezen wat uw rechten zijn.**

**Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder 'Achmea health' (artikelen 50 tot en met 66) heeft u als Zilveren Kruis Achmea verzekerde altijd recht.**

## Algemene voorwaarden

### Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van enkele in de voorwaarden gebruikte begrippen.

- 1.1 Aanvullende (tandheelkundige) verzekering**  
De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de basis ziektekostenverzekering.
- 1.2 Ambulance**  
Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevals slachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.
- 1.3 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 instantie in het kader van de wet BIG.
- 1.4 Audiologisch centrum**  
Een centrum dat audiologische hulp verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten.
- 1.5 Bijkomende kosten**  
Medische kosten die rechtstreeks verband houden met een medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling en die zijn ontstaan tijdens zo'n behandeling in een ziekenhuis, zoals kosten van röntgenfoto's, bloedtransfusies, laboratoriumkosten, geneesmiddelen, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik van de operatiekamer. De bijkomende kosten moeten in rekening worden gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.
- 1.6 Dagverpleging**  
Bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, voorzienbaar nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg te ondergaan.
- 1.7 Eerstelijns psycholoog**  
Een in Nederland gevestigde psycholoog die als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).
- 1.8 Ergotherapeut**  
Een in Nederland gevestigde ergotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.9 Fysiotherapeut**  
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde overheidsinstantie staat geregistreerd in het kader van de wet BIG.
- 1.10 Geneeskundig adviseur**  
De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.
- 1.11 Gezin**  
Twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 27 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.
- 1.12 Gezondheidszorg psycholoog**  
Een in Nederland gevestigde gezondheidszorg psycholoog die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- 1.13 Huidtherapeut**  
Een in Nederland gevestigde huidtherapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, of in elk geval voldoet aan de kwaliteitseisen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn.
- 1.14 Huisarts**  
Een in Nederland in of nabij uw woonplaats gevestigde arts, die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- 1.15 Hulpmiddel**  
Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in het Achmea reglement Hulpmiddelen 2002.
- 1.16 Kaakchirurg**  
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.17 Kalenderjaar**  
De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.
- 1.18 Klinisch genetisch centrum**  
Een instelling voor klinische genetica, die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.
- 1.19 Laboratoriumonderzoek**  
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat wettelijk is toegelaten.
- 1.20 Logopedist**  
Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.21 Medische noodzaak**  
De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.
- 1.22 Medisch specialist**  
Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.23 Oefentherapeut**  
Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.24 Orthodontist**  
Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.25 Podotherapeut**  
Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

## 1.26 Premie

Het geldbedrag dat u betaalt voor uw verzekering bestaat uit:  
*Netto premie (ziektelkostenverzekering)*

Dit is het gedeelte van de premie dat u betaalt voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.

*Wettelijke bijdragen*

De krachtens de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) voor ieder van u wettelijk verschuldigde bijdragen, waarvan de hoogte jaarlijks wordt vastgesteld door de overheid.

## 1.27 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. Dit team moet verbonden zijn aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

## 1.28 StandaardPakketPolis

De ziektekostenverzekering die wij op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen verplicht zijn aan te bieden.

## 1.29 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

## 1.30 Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

## 1.31 U/uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering heeft afgesloten.

## 1.32 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

## 1.33 Wet BIG

De Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

## 1.34 Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

## 1.35 Zelfstandig behandelcentrum

Een in Nederland gevestigde inrichting die als zelfstandig behandelcentrum door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor onderzoek en behandeling van zieken.

## 1.36 Ziekenhuis

Een in Nederland gevestigde inrichting die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Ook wordt hieronder verstaan het Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland).

## 1.37 Ziekenhuisverpleging

Opneming 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 kaakchirurg noodzakelijk is.

## 1.38 Ziektekostenverzekering

De door u bij ons gesloten privaatrechtelijke verzekering tegen ziektekosten, waarvoor wij het risico dragen.

## 1.39 Zorgverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die u de medische zorg verleent die is beschreven in de begripsbepalingen. Onder zorgverlener verstaan wij ook een leverancier van hulpmiddelen en voedings- en verbandmiddelen.

## Artikel 2 Aanmelding

In dit artikel vindt u informatie over de regels die voor u gelden bij inschrijving in de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.

### 2.1 Ziektekostenverzekering en aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

- 2.1.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te ondertekenen.
- 2.1.2 Wanneer u (verzekeringnemer) tijdens de aanvraagprocedure zaken verzwijgt of onze vragen onjuist of onvolledig beantwoordt, kunnen wij ons op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst beroepen.
- 2.1.3 Het aanvraagformulier en de tijdens een eventuele medische keuring verstrekte gegevens maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst.
- 2.1.4 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij Zilveren Kruis Achmea, Postbus 30000, 2200 GA Noordwijk.
- 2.1.5 U (verzekeringnemer) hoeft geen aanvraagformulier in te vullen voor kinderen die tijdens de looptijd van de verzekering geboren of wettig geadopteerd zijn. Voorwaarde is dat u uw kind(eren) binnen twee maanden na de datum van geboorte of adoptie bij ons aanmeldt. De inschrijving in de verzekering vindt dan plaats per de datum van de geboorte of adoptie. Bij adoptie van een buitenlands kind vindt inschrijving plaats per de datum van adoptie in het buitenland.
- 2.1.6 U (verzekeringnemer) bent verplicht alle gezinsleden voor dezelfde verzekering(en) aan te melden. Na de totstandkoming moet(en) de verzekering(en) blijven gelden voor alle gezinsleden. Het voorgaande geldt niet voor gezinsleden die:
  - beroepsmilitair zijn;
  - verplicht bij een ziekenfonds verzekerd zijn;
  - bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
  - op een (Studenten)Standaard(Pakket)Polis verzekerd zijn.
- 2.1.7 De verplichting om alle gezinsleden aan te melden, zoals beschreven in artikel 2.1.6, is niet van toepassing voor de aanvullende tweede klassenverzekering en de aanvullende tandheelkundige verzekeringen.

### 2.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

- 2.2.1 Bij het afsluiten van een ziektekostenverzekering toetsen wij automatisch uw AWBZ-gerechtigdheid. Als u niet voldoet aan de voorwaarden die in deze wet zijn gesteld, krijgt u van ons daarover schriftelijk bericht. Voor verstrekkingen vanuit de AWBZ kunt u zich wenden tot het Zorgkantoor bij u in de regio.
- 2.2.2 Als u voldoet aan de voorwaarden die zijn gesteld in de AWBZ, geldt uw polisblad tevens als bewijs van inschrijving voor de AWBZ.

## Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering

In dit artikel vindt u informatie over:

- de ingangsdatum en de duur van uw verzekering;
- het einde van uw verzekering.

### 3.1 Ingangsdatum en duur van uw verzekering

- 3.1.1 Uw verzekering gaat in op de datum, die op uw polisblad als ingangsdatum staat vermeld.
- 3.1.2 Uw verzekering is één kalenderjaar geldig. Wanneer uw verzekering na 1 januari ingaat, geldt uw verzekering tot en met 31 december van het daarop volgend jaar.
- 3.1.3 Uw verzekering wordt automatisch telkens met één kalenderjaar verlengd.

- 3.1.4 U kunt een reeds bij ons lopende verzekering uitbreiden met aanvullende verzekeringen. Uitbreiding vindt alleen plaats nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan en alleen na een medische beoordeling.
- 3.1.5 Een bij ons lopende ziektekostenverzekering kunt u, behoudens de bepalingen van artikel 3.1.2, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar, en dan alleen na medische beoordeling en schriftelijke bevestiging van ons.

### 3.2 Einde van uw verzekering

- 3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen:
- door voor 1 december schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
  - door ons binnen 30 dagen nadat een wijziging door ons bekend is gemaakt schriftelijk mede te delen dat u weigert akkoord te gaan met een verhoging van de premie en/of een beperking van de voorwaarden op grond van artikel 10. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- 3.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen door ons schriftelijk te berichten dat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd moet worden.
- U moet een kopie van het inschrijvingsbewijs van uw nieuwe verzekering meesturen.
  - Wij beëindigen uw verzekering per de afgifte datum van het bewijs van inschrijving van het ziekenfonds, maar nooit eerder dan de ingangsdatum van de verplichte verzekering. Bij inschrijving in een publiekrechtelijke verzekering beëindigen wij uw verzekering per ingangsdatum van die verzekering.
  - Wanneer u uw verzekering beëindigt, bevestigen wij dit schriftelijk.
  - Wanneer wij het bewijs van inschrijving later ontvangen dan 60 dagen nadat het door het ziekenfonds of de publiekrechtelijke verzekering is afgegeven, beëindigen wij uw verzekering per de datum dat wij het bewijs van inschrijving hebben ontvangen.
- 3.2.3 Wij mogen uw verzekering beëindigen:
- wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
  - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de premie binnen twee maanden na de vervaldag nog niet is betaald;
  - wanneer u zich permanent in het buitenland vestigt;
  - bij aangetoonde fraude;
  - bij overlijden.
- Wanneer wij uw verzekering beëindigen, delen wij u dit schriftelijk mede.
- 3.2.4 Uw verzekering eindigt met ingang van de eerste van de maand waarin u de 65-jarige leeftijd bereikt. Wij verzekeren u aansluitend op de StandaardPakketPolis.

### Artikel 4 Verplichtingen van de verzekerde

In dit artikel vindt u informatie over de verplichtingen die u heeft wanneer u bij ons een verzekering heeft afgesloten.

- 4.1 U bent verplicht al het mogelijke te doen om ons of onze geneeskundig adviseur de gewenste inlichtingen te verschaffen.
- 4.2 Wanneer sprake is van gemaakte kosten door toedoen van een aansprakelijke derde, bent u verplicht ons zo goed mogelijk te helpen bij het krijgen van een schadevergoeding van deze aansprakelijke derde. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u geen regeling (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
- 4.3 Wanneer onze belangen worden geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt, verliest u uw recht op vergoeding van kosten.

- 4.4 U bent verplicht wijzigingen die van belang zijn voor de rechten en de plichten uit de verzekering binnen twee maanden schriftelijk aan ons te melden. Zulke wijzigingen zijn onder andere:

- verhuizing;
  - vestiging in het buitenland;
  - geboorte;
  - komst van een stief-, pleeg- of adoptiekind in uw gezin;
  - overlijden;
  - echtscheiding/beëindiging samenlevingsverband;
  - wijziging van (post)banknummer;
  - toetreding tot een verplichte verzekering.
- Wanneer u deze wijzigingen niet binnen twee maanden aan ons meldt, gaan de wijzigingen pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wij mogen er van uitgaan dat mededelingen u hebben bereikt wanneer ze naar uw laatst bekende adres zijn verzonden.

### Artikel 5 Vergoedingen

In dit artikel vindt u informatie over:

- de uitbetaling van de vergoedingen;
- de voorwaarden voor vergoeding;
- uit welke verzekering wij de kosten vergoeden;
- de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten.

#### 5.1 Uitbetaling van de vergoedingen

- 5.1.1 Wij vergoeden de kosten aan u, tenzij wij met de zorgverlener hebben afgesproken dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. U kunt ook via het declaratieformulier aangeven dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener kunnen vergoeden.
- 5.1.2 Wanneer wij door u gemaakte kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, betalen wij aan sommige zorgverleners het volledige bedrag van de declaratie inclusief het openstaande eigen risico en de eigen bijdragen. In dat geval bent u (verzekeringnemer) verplicht het bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen aan ons terug te betalen. Indien mogelijk verrekenen wij het bedrag dat u aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen.

Wanneer u dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, vergoeden wij uw medische kosten pas weer op het moment dat het volledige bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van het volledige verschuldigde bedrag zijn gemaakt.

Wanneer u (verzekeringnemer) dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente. Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor uw (verzekeringnemer) rekening. Deze kosten bedragen minimaal 15% van het verschuldigde bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen.

#### 5.2 Voorwaarden voor vergoeding

- 5.2.1 Wij vergoeden uitsluitend kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.
- 5.2.2 De datum waarop de zorg is verleend, is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.
- 5.2.3 U bent verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.
- 5.2.4 Nota's die wij (gedeeltelijk) vergoeden of verrekenen met het eigen risico blijven in ons bezit.

- 5.2.5 U bent verplicht de nota's zo spoedig mogelijk aan ons toe te sturen, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Indien u dit niet doet, vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 5.2.6 Wij vergoeden de medische kosten op basis van het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken. Wanneer er geen tarief is afgesproken vergoeden wij de kosten op basis van het rechtsgeldige tarief.
- 5.2.7 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, tenzij anders bepaald.

### 5.3 Welke verzekering vergoedt

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

- de ziektekostenverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.

### 5.4 Vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten

- 5.4.1 Wanneer uw tijdelijke verblijf in het buitenland mede bedoeld is om daar medisch behandeld te worden, vergoeden wij deze behandeling alleen wanneer wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- 5.4.2 Wij vergoeden de door u gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners aan u in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

### 5.5 Samenloop

Indien u - 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, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In zo'n geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken.

## Artikel 6 Uitsluitingen

In dit artikel vindt u informatie over de kosten die wij niet vergoeden.

- 6.1 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met een ziekte of afwijking die u al had, en waarmee u al bekend was of waarvan u al klachten ondervond voordat u bij ons een verzekering afsloot, terwijl u die niet op het aanvraagformulier heeft vermeld. Dit geldt ook bij uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse.
- 6.2 Wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio-actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie.
- 6.3 Wij vergoeden geen kosten van eigen bijdragen krachtens de AWBZ, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- 6.4 Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van doktersverklaringen.
- 6.5 Wij vergoeden geen kosten van psychiatrische zorg.

## Artikel 7 Eigen risico

In dit artikel vindt u informatie over de regels met betrekking tot het eigen risico.

- 7.1 Het eigen risico is alleen van toepassing op de ziektekostenverzekering en niet op de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.
- 7.2 Het eigen risico geldt voor één kalenderjaar en is afhankelijk van de gezinssamenstelling.

- 7.3 Wanneer uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.4 Beëindiging van uw verzekering in de loop van het kalenderjaar heeft geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar, tenzij:
- uw verzekering in de loop van het kalenderjaar eindigt en wij u aansluitend op de StandaardPakketPolis verzekeren; of
  - u uw verzekering in de loop van het kalenderjaar beëindigt in verband met verplichte ziekenfondsverzekering en u zich aansluitend bij O.W.M. Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A. verzekert. Het eigen risico wordt in deze gevallen voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.5 Wij vergoeden uitsluitend de ziektekosten die boven het bedrag van het eigen risico uit komen. Het eigen risico is ook van toepassing op gemaximeerde vergoedingen.
- 7.6 **Wijziging eigen risico**
- 7.6.1 U kunt uw eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen.
- 7.6.2 Een verlaging van het eigen risico is pas mogelijk wanneer wij er, na een medische beoordeling, mee akkoord gaan.

## Artikel 8 Premie

In dit artikel vindt u informatie over:

- de hoogte van de premie en de wettelijke bijdragen voor de ziektekostenverzekering;
- het betalen van de premie;
- de gevolgen van niet-tijdige betaling/betalingsachterstand;
- wat er met de premie gebeurt wanneer uw verzekering eindigt of wijzigt.

### 8.1 Hoogte van de premie

- 8.1.1 Op uw polisblad vindt u de hoogte van de premie voor de ziektekostenverzekering, de aanvullende (tandheelkundige) verzekering en de wettelijke bijdragen.
- 8.1.2 Wij stellen de hoogte van de premie voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen vast. Deze is afhankelijk van de gezinssamenstelling, de hoogte van het eigen risico, de regio waarin u woont en uw leeftijd. Indien de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand daaropvolgend. Bij het bereiken van de 20- en 65-jarige leeftijd wijzigen de wettelijke bijdragen per de eerste van de maand waarin u deze leeftijdsgrens overschrijdt.

### 8.2 Het betalen van de premie

- 8.2.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie te betalen. 'U' moet in verband met premiebetaling dan ook worden gelezen als 'u (verzekeringnemer)'.
- 8.2.2 U bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 8.2.3 Als u de premie per jaar vooruit betaalt, verlenen wij korting.
- 8.2.4 Wij brengen de ontvangen premie altijd eerst in mindering op de langst openstaande premievordering.
- 8.2.5 U mag geen premie verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.

### 8.3 Niet-tijdige betaling

- 8.3.1 Wanneer u de premie niet tijdig betaalt, vervalt uw aanspraak op vergoedingen uit de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vanaf de premieervaldag. U heeft pas weer recht op vergoeding van medische kosten op het moment dat de volledige achterstallige premie is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van de volledige achterstallige premie zijn gemaakt en die niet te verwachten waren.
- 8.3.2 U blijft verplicht achterstallige premie te betalen.
- 8.3.3 Wanneer u uw premie niet tijdig betaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente.
- 8.3.4 Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, voor uw rekening.

- 8.4 Premiebetaling bij begin, wijziging of einde van de verzekering**
- 8.4.1 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste dag van een maand ingaat, betaalt u pas premie per de eerste van de volgende maand.
- 8.4.2 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste van de maand eindigt of wijzigt, heeft dit pas gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie per de eerste van de volgende maand.
- 8.4.3 Wanneer u de premie vooruit heeft betaald en de verzekering eindigt omdat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd wordt, betalen wij het te veel betaalde bedrag terug tot de dag dat u wordt uitgeschreven. Indien u recht heeft op teruggave van dubbel betaalde premie (particulier én ziekenfonds), betaalt het ziekenfonds de particuliere premie aan u terug.
- 8.4.4 U bent ons altijd minimaal een maandpremie verschuldigd.

#### **Artikel 9 Vrije keuze van zorgverleners**

Alhoewel u in beginsel vrij bent in de keuze van zorgverlener, hebben wij voor bepaalde medische zorg met zorgverleners afgesproken dat alleen zij u mogen behandelen. In dat geval bent u verplicht gebruik te maken van de diensten van deze zorgverleners. Indien dit het geval is, zullen wij dit bij de betreffende vergoeding vermelden. Desgevraagd informeren wij u over de namen en adressen van deze personen en instanties.

#### **Artikel 10 Wijziging van premie en/of voorwaarden**

In dit artikel vindt u informatie over:

- op wie een wijziging van de premie en/of voorwaarden van toepassing is;
  - wat u kunt doen wanneer u niet akkoord gaat met een wijziging;
  - wanneer u een wijziging niet mag weigeren.
- 10.1** Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.
- 10.2** Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- 10.3** Wanneer u (verzekeringnemer) niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit schriftelijk aan ons melden binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- 10.4** U mag de wijziging niet weigeren wanneer:
- u nog geen kalenderjaar bij ons ingeschreven bent;
  - de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
  - uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens of doordat u verhuist naar een andere regio.

#### **Artikel 11 Geschillen**

In dit artikel vindt u informatie over de procedure die u kunt volgen bij geschillen die voortvloeien uit:

- de ziektekostenverzekering;
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering;
- het vaststellen van de AWBZ-gerechtigdheid.

#### **11.1 Geschillenregeling voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering**

Bij een geschil kunt u de volgende stappen nemen:

##### *Directiebeslissing*

Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van de verzekering, kunt u de kwestie schriftelijk voorleggen aan de directie. U moet dit doen binnen één maand nadat de beslissing aan u is medegedeeld. De directie zal dan binnen één maand over de kwestie beslissen. De beslissing zal schriftelijk aan u worden medegedeeld.

##### *Beroepscommissie*

Wanneer u het niet eens bent met de beslissing van de directie, kunt u de kwestie schriftelijk voorleggen aan de beroepscommissie. U moet dit doen binnen één maand nadat de beslissing aan u is medegedeeld. De beroepscommissie bestaat uit externe deskundigen. De beroepscommissie zal binnen drie maanden na ontvangst van uw verzoek een beslissing nemen. Van deze beslissing stelt zij u schriftelijk op de hoogte. De beslistermijn kan één keer met drie maanden verlengd worden. Dit zal dan schriftelijk aan u worden medegedeeld.

#### **11.2 AWBZ-gerechtigdheid**

Bij een geschil over uw inschrijving als AWBZ-verzekerde kunt u binnen zes weken nadat het geschil is ontstaan een bezwaarschrift indienen bij onze directie. Van de beslissing door de directie wordt u schriftelijk op de hoogte gesteld. Wanneer u het niet eens bent met de beslissing van de directie, kunt u in beroep gaan bij de rechtbank. De directiebeslissing vermeldt de naam en het adres van de rechtbank en de termijn waarbinnen u in beroep moet gaan.

## Vergoedingen

### Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

#### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

- de verpleegkosten, op basis van de derde klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- het honorarium voor medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bijkomende kosten.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een ziekenhuisopname vooraf, of uiterlijk binnen 48 uur na opname, bij ons melden. Wanneer het gaat om plastische chirurgie moet u tenminste drie weken van tevoren goedkeuring aanvragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.

#### Tweede klassenverzekering

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert. U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering 2A of 2B. Bent u 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.

Indien de tweede klassenverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder € 70,- per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot een maximum van € 4.600,- per kalenderjaar. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

### Artikel 2 Overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij ziekenhuisopname

#### ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij:

- de overnachtingskosten van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- de kosten van vervoer (2e klas) van uw (mee)verzekerde gezinsleden per openbaar vervoer of per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,10 per kilometer. Wij vergoeden de kosten van maximaal één bezoek per dag.

#### Voorwaarde voor vergoeding

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

### Artikel 3 Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland)

#### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos, wanneer behandeling in Nederland zonder succes heeft plaatsgehad en wij de behandeling in Davos doelmatig achten.

### Artikel 4 Revalidatiedeeltijd- of dagbehandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

#### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

#### Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen.

Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

### Artikel 5 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

#### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist of kaakchirurg;
- de bijkomende kosten.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

### Artikel 6 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

#### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de behandeling van een door ons gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden het honorarium van de medisch specialist.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

### Artikel 7 Zelfstandig behandelcentrum

#### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.



## Artikel 8 Organtransplantaties

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefselyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting;
- de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;
- de kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten van de donor mits de behandeling een rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van de transplantatie.

## Artikel 9 Nierdialyse

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, nierdialysecentrum of bij u thuis. Daarnaast kunnen wij bij thuisdialyse vergoeden:

- de kosten van voor de dialyse noodzakelijke bouwkundige voorzieningen aan uw woning;
- de kosten van inrichting van een ruimte in uw woning tot dialysevertrek;
- de kosten van bijkomende stroomvoorziening.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Voor thuisdialyse moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. U moet een begroting van de kosten overleggen.
- Wij vergoeden de bouwkundige kosten tenzij u krachtens een wettelijke regeling een vergoeding kunt krijgen.

## Artikel 10 In vitro fertilisatie

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van in vitro fertilisatiebehandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Wij vergoeden voor elke te realiseren zwangerschap de kosten van maximaal drie in vitro fertilisatiebehandelingen. Wij vergoeden:

- 100% van de kosten, uitgezonderd een eigen bijdrage van € 360,- per behandeling, als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- 100% van de kosten als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

## Artikel 11 Leukemie-onderzoek bij kinderen

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

## Artikel 12 Overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis

### ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van een overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis, indien u een poliklinische behandelcyclus ondergaat in een ziekenhuis dat verder dan 50 km van uw huis ligt.

## Artikel 13 Audiologisch centrum

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

#### Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

## Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek in een klinisch genetisch centrum.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.
- De ernst van de (verwachte) aandoening of afwijking alsmede het ontbreken van andere mogelijkheden om tot een diagnose te komen moeten dit onderzoek noodzakelijk maken.

## Artikel 15 Behandeling van psoriasis

### ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

#### 15.1 Psoriasisdagbehandelingscentrum

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een psoriasisdagbehandelingscentrum. Wij vergoeden:

- maximaal € 685,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- maximaal € 910,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

#### 15.2 UV-B lichtbehandeling

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis. Wij vergoeden de kosten van huur van de benodigde apparatuur tot een maximum van € 685,- per persoon per kalenderjaar.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

#### Uitsluiting

Wij vergoeden de kosten van UV-B lichtbehandeling niet als u vergoeding krijgt voor behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum (artikel 15.1).

## Artikel 16 Huisarts

### ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden:

- de kosten van zorg verleend door een huisarts;
- de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de laboratoriumkosten alleen wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

Vergoedingen

**ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren**

Wij vergoeden de kosten van:

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, er bestaat een limitatieve lijst en voor vergoeding van sommige geneesmiddelen moeten wij u goedkeuring geven;
- dieetpreparaten, indien er sprake is van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis, een ernstige voedselallergie, ernstig chronisch obstructief longlijden, ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen;
- verbandmiddelen, indien er sprake is van een ernstige aandoening en langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is;

overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.  
Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij slechts tot de vergoedingslimiet.

**Voorwaarden voor vergoeding**

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De kosten van geneesmiddelen die zonder recept bij een apotheek zijn te verkrijgen, komen in principe niet voor vergoeding in aanmerking. Voor een beperkte groep van deze geneesmiddelen geldt dat zij, wanneer zij zijn voorgeschreven door de behandelend arts, wel vergoed worden bij chronisch gebruik. Ook op deze beperkte groep geneesmiddelen is het GVS van toepassing.
- De kosten van apotheekbereidingen vergoeden wij alleen wanneer er sprake is van rationele geneesmiddelen therapie.
- De kosten van dieetpreparaten vergoeden wij alleen wanneer wij vooraf onze goedkeuring hebben verleend.

**ZilverKeuzePolis met 4 sterren**

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

**ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren**

Wij vergoeden de kosten van enkele geneesmiddelen die niet worden vergoed op grond van de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Wij vergoeden:

- maximaal € 140,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 230,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

**Voorwaarden voor vergoeding**

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- De vergoeding wordt verleend voor een beperkt aantal geneesmiddelen bij een aantal indicaties.

**ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren**

Wij vergoeden:

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

**Voorwaarden voor vergoeding**

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Na 18 zittingen fysiotherapie of oefentherapie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijk toestemming van ons hebben gekregen.

**Uitsluitingen**

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt.
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

**ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren**

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

**Voorwaarde voor vergoeding**

De oefentherapie moet in groepsverband en onder leiding van een gediplomeerd fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

**ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren**

Wij vergoeden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een door ons gecontracteerde ergotherapeut. Wij vergoeden maximaal 10 uur per kalenderjaar.

**Voorwaarde voor vergoeding**

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

**ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren**

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist.

**Voorwaarden voor vergoeding**

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.
- Na 12 zittingen logopedie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijke toestemming van ons hebben gekregen.

**Uitsluiting**

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard), en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van anderstaligheid.

## Artikel 21 Stottertherapie

### ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

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

Wij vergoeden:

- maximaal € 230,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- maximaal € 460,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 920,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

## Artikel 22 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

### ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

#### 22.1 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van consulten van de volgende alternatieve geneeswijzen en therapieën:

- antroposofische geneeskunde;
- natuurgeneeskunde;
- acupunctuur;
- chiropractie;
- haptotherapie;
- (klassieke) homeopathie;
- manuele geneeskunde;
- osteopathie.

Wij vergoeden:

- maximaal € 30,- per dag en maximaal 20 dagen per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- maximaal € 30,- per dag als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 50,- per dag als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten voor consulten antroposofische geneeskunde en natuurgeneeskunde alleen als deze worden gegeven door een arts.
- De alternatieve genezer of therapeut moet voldoen aan de kwaliteitseisen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn.

#### 22.2 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Wij vergoeden:

- maximaal € 230,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- de kosten volledig als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren of 4 sterren heeft.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis)arts.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

## Artikel 23 Hulpmiddelen

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van:

- aanschaf van hulpmiddelen; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
  - hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven;
  - het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
  - reservehulpmiddelen;
- overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen. Het Achmea reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
- Wij vergoeden eveneens de kosten van huur van een elektrische motorslede, ter bevordering van het bewegingsvermogen na een operatieve ingreep in een gewricht.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven, waarbij we beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Voor veel hulpmiddelen moet u gebruik maken van door ons gecontracteerde leveranciers. Als dit het geval is, geven wij dit bij onze toestemming aan.
- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximering of een gebruiksnorm.

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziektekostenverzekering. Hierbij gelden de volgende beperkingen: als u een ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft:

- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een pruik vergoeden wij tot een maximum van € 345,-;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel vergoeden wij tot een maximum van € 185,- per apparaat;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een mammaprothese vergoeden wij volledig;
- de eigen bijdrage voor de overige hulpmiddelen vergoeden wij tot een maximum van € 230,- per persoon per kalenderjaar;

of, als u een ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft:

- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een pruik vergoeden wij tot een maximum van € 460,-;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel vergoeden wij tot een maximum van € 230,- per apparaat;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een mammaprothese vergoeden wij volledig;
- de eigen bijdrage voor de overige hulpmiddelen vergoeden wij tot een maximum van € 230,- per persoon per kalenderjaar.

## Artikel 24 Plaswekker

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van een plaswekker.

Wij vergoeden maximaal € 100,- voor de gehele duur van de verzekering.

## Artikel 25 Brilmonturen, brillenglazen en contactlenzen

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van een brilmontuur. Wij vergoeden maximaal € 35,- per persoon per 24 maanden.

#### Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van aanschaf van een zonnebril.

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen en contactlenzen.

Wij vergoeden:

- maximaal € 70,- per persoon per 36 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 95,- per persoon per 36 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

## Artikel 26 Verloskundige zorg en bevalling

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting.

## Artikel 27 Kraamzorg

### ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

**27.1** Bij een bevalling thuis ontvangt de vrouwelijke verzekerde van ons een tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg.

De hoogte van de tegemoetkoming is afhankelijk van de plaats waar het kraambed plaatsvindt, zijnde de eerste 8 dagen na de dag van de bevalling. De tegemoetkoming bedraagt:

als u een ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft:

- € 912,- wanneer het kraambed volledig thuis plaatsvindt of wanneer het kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt zonder dat daarvoor een medische indicatie bestaat;
- € 114,- per dag dat het kraambed thuis plaatsvindt, wanneer het kraambed gedeeltelijk in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt en hiervoor een medische indicatie aanwezig is;

of, als u een ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft:

- € 1.184,- wanneer het kraambed volledig thuis plaatsvindt of wanneer het kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt zonder dat daarvoor een medische indicatie bestaat;
- € 148,- per dag dat het kraambed thuis plaatsvindt, wanneer het kraambed gedeeltelijk in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt en hiervoor een medische indicatie aanwezig is;

of, als u een ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft:

- € 1.456,- wanneer het kraambed volledig thuis plaatsvindt of wanneer het kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt zonder dat daarvoor een medische indicatie bestaat;
- € 182,- per dag dat het kraambed thuis plaatsvindt, wanneer het kraambed gedeeltelijk in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt en hiervoor een medische indicatie aanwezig is.

Voor de dagen dat het kraambed op medische indicatie in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt worden de verpleeg- en bijkomende kosten voor de verzekerde moeder en het verzekerde kind volledig vergoed.

**27.2** Naast de tegemoetkoming kan de vrouwelijke verzekerde er voor kiezen om de voor haar noodzakelijke kraamzorg door ons te laten regelen, gedurende maximaal 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling. De omvang daarvan hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door ons in goed overleg met u vastgesteld. Indien het voor ons niet mogelijk is om de kraamzorg te regelen, ontvangt de vrouwelijke verzekerde de tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg zoals vermeld in artikel 27.1.

Informatie over deze kraamzorgservice vindt u in de folder 'Kraamzorg' die wij u op aanvraag toesturen.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Als u gebruik maakt van de door ons geregelde kraamzorg, moet u uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap contact met ons opnemen.

## Artikel 28 Uitgestelde kraamzorg en kraamzorg bij adoptie

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden maximaal 15 uur zogenoemde uitgestelde kraamzorg of kraamzorg bij adoptie.

#### Voorwaarde voor vergoeding

De kraamzorg moet aanvangen na 10 dagen na de bevalling (uitgestelde kraamzorg) of bij opname in het gezin van een adoptiekind dat jonger dan 1 jaar is (kraamzorg bij adoptie).

## Artikel 29 Ziekenvervoer

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance zowel naar als van een ziekenhuis.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen op de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per openbaar vervoer (2e klas), taxi, huurauto of eigen auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- een revalidatiecentrum;
- een audiologisch centrum;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist, psychiater of zenuwarts praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese.

Indien en voor zover het gebruik van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is, vergoeden wij de kosten van vervoer per taxi volledig en bedraagt de vergoeding voor vervoer per eigen auto of huurauto:

- € 0,19 per kilometer als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- € 0,28 per kilometer als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

In andere gevallen vergoeden wij de kosten van vervoer per openbaar vervoer (2e klas) volledig en bedraagt de vergoeding voor vervoer per eigen auto of huurauto € 0,10 per kilometer.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen op de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.

Vergoedingen

## Artikel 30 Buitenland

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

#### 30.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland. Wij vergoeden de kosten bij een verblijf in het buitenland van:

- maximaal 6 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 1 ster of 2 sterren heeft;
- maximaal 12 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren of 4 sterren heeft.

Wij vergoeden voor verzekerden vanaf 18 jaar de kosten van spoedeisende tandheelkundige zorg tot maximaal € 345,-.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Wij vergoeden tandheelkundige zorg alleen als u een aanvullende tandheelkundige verzekering heeft.

#### 30.2 Niet-spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van niet-spoedeisende medische zorg tot maximaal 100% van de kosten die wij zouden vergoeden als u de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan. Wij vergoeden de kosten bij een verblijf in het buitenland van:

- maximaal 6 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 1 ster of 2 sterren heeft;
- maximaal 12 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren of 4 sterren heeft.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- De voorwaarden zoals die voor vergoeding in Nederland gelden (zoals bijvoorbeeld de noodzaak van vooraf door ons verleende toestemming), blijven van kracht.
- Wanneer u naar het buitenland vertrekt met het doel zich daar te laten behandelen, omdat een behandeling in Nederland om praktische redenen niet mogelijk is, moet u altijd vooraf toestemming bij ons vragen.

## Artikel 31 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

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 na vooraf verleende goedkeuring via de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

## Artikel 32 Kuurreis

### ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij geven een tegemoetkoming in de kosten van een door Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreis voor patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, te weten de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis. Wij vergoeden:

- maximaal € 685,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- maximaal € 910,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundige adviseur van Interkuur.

## Artikel 33 Herstellingsoord

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van opname in een door ons gecontracteerd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. Wij vergoeden maximaal € 50,- per dag gedurende maximaal 28 dagen per kalenderjaar. Wij vergoeden eveneens de reiskosten bij opname en ontslag op basis van openbaar vervoer (2e klas). Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,10 per kilometer.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

## Artikel 34 Therapeutisch kamp

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden voor kinderen tot en met 16 jaar een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden € 10,- per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

### ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden aan personen die gehandicapt zijn en die niet in een AWBZ-instelling verblijven een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden € 10,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar.

#### Uitsluiting

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

## Artikel 35 Eigen bijdrage psychotherapie

### ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u moet betalen voor de AWBZ-verstrekking psychotherapie. Wij vergoeden maximaal € 455,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering.

## Artikel 36 Kortdurende psychologische zorg

### ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren

Wij vergoeden de kosten van psychologische zorg. Wij vergoeden maximaal 12 zittingen per persoon per 24 maanden:

- tot maximaal € 50,- per zitting als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren of 3 sterren heeft;
- volledig als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of, bij arbeidsgerelateerde klachten, van een arbo-arts.

#### **Artikel 37 Podotherapie**

##### *ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden maximaal € 135,- per persoon per kalenderjaar.

#### **Artikel 38 Steunzolen**

##### *ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen naar gipsmodel, blauwdruk of schuimdoostechniek. Wij vergoeden de kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar éénmaal per kalenderjaar en voor verzekerden van 18 jaar en ouder éénmaal per 24 maanden. Wij vergoeden:

- maximaal € 35,- per paar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 50,- per paar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

De steunzolen moeten zijn voorgeschreven door een behandelend arts.

#### **Artikel 39 Voetverzorging**

##### *ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging voor diabetici en bij dreigende voetproblemen bij verzekerden met reuma. Wij vergoeden:

- maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 126,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 210,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

De behandeling moet worden gegeven door een pedicure die daarin gespecialiseerd is. Bij diabetici betekent dit dat de pedicure in het bezit moet zijn van het certificaat 'Voetverzorging bij Diabetici'.

#### **Artikel 40 Cosmetische chirurgie**

##### *ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien er sprake is van verminking als gevolg van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

##### *ZilverKeuzePolis met 4 sterren*

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 20 jaar 75% van de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard, waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

#### **Artikel 41 Manuele lymfdrainage**

##### *ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de kosten van manuele lymfdrainage in verband met een ernstig lymfoedeem. Wij vergoeden:

- maximaal € 455,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- de kosten volledig als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of manueel lymftherapeut.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

#### **Artikel 42 Huidtherapie**

##### *ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de kosten van een acnebehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden:

- maximaal € 185,- per persoon per 60 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 370,- per persoon per 60 maanden als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

##### *ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen. Wij vergoeden:

- maximaal € 95,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 190,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

##### *ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden 75% van de kosten van epilatiebehandeling bij vrouwen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden:

- maximaal € 685,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- maximaal € 1.135,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Wij vergoeden de kosten alleen indien de behandeling is voorgeschreven door een arts, vanwege het feit dat er sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

#### **Artikel 43 Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken**

##### *ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden aan personen die gehandicapt of chronisch ziek zijn de kosten van vervangende zorg, indien zij thuis mantelzorg ontvangen. Wij vergoeden maximaal € 90,- per dag:

- gedurende maximaal 10 dagen per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- gedurende maximaal 15 dagen per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

##### *Voorwaarden voor vergoeding*

- De zorg moet worden geleverd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Houten.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

#### **Artikel 44 Orthodontie**

##### *ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of tandarts. Wij vergoeden:

- maximaal € 2.050,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren heeft;
- maximaal € 2.050,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering en 80% van de resterende kosten als u de ZilverKeuzePolis met 3 sterren heeft;
- de kosten volledig als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

##### *Uitsluiting*

In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij geen kosten van reparatie of vervanging.

#### **Artikel 45 Tandheelkundige implantaten**

##### *ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de honorariumkosten van de kaakchirurg en de kosten van behandeling door een tandarts voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak. De kosten van de implantaten en de daarbij komende techniekkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Wij vergoeden de kosten van behandeling door een tandarts tot maximaal € 1.250,-.

##### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door de behandelend kaakchirurg of tandarts.
- Er moet sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een passende prothese te maken is. Wij beoordelen of hiervan sprake is.

#### **Artikel 46 Tandheelkundige zorg - algemeen**

##### *ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van behandeling door een tandarts. Wij vergoeden:

- maximaal € 345,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 2 sterren of 3 sterren heeft;
- maximaal € 460,- per persoon per kalenderjaar als u de ZilverKeuzePolis met 4 sterren heeft.

##### *ZilverKeuzePolis met 3 sterren en 4 sterren*

Indien een verzekerde jonger dan 18 jaar door een ongeval schade oploopt aan het gebit, vergoeden wij boven de hiervoor genoemde dekking maximaal € 910,- extra voor de gehele duur van de verzekering.

##### *Voorwaarde voor vergoeding*

Wij vergoeden alleen de kosten van ongevallen die gedurende de looptijd van de verzekering zijn gebeurd.

##### *ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de kosten van chirurgische zorg door een tandarts. Wij vergoeden van de zogenoemde UPT-tarieven voor tandartsen de codes H21, H35, H42, H43 en H90.

##### *TandartsPolis en TandartsExtraPolis*

Wij vergoeden 75% van de kosten van tandheelkundige behandelingen:

- tot maximaal € 230,- per persoon per kalenderjaar als u de TandartsPolis heeft;
- tot maximaal € 690,- per persoon per kalenderjaar als u de TandartsExtraPolis heeft.

##### *Voorwaarde voor vergoeding*

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts. De preventie/mondhygiëne en de parodontologische behandelingen mogen ook worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist(e).

##### *Uitsluiting*

Wij verlenen geen vergoeding voor de kosten van:

- de volgende C-codes: C29, C70, C75 en C90;
- het bleken van tanden en kiezen (codes E90, E95 en E97);
- orthodontie (D-codes).

#### **Artikel 47 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap**

##### *ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren*

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, vergoeden wij voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van behandeling door een tandarts volledig.

##### *Voorwaarden voor vergoeding*

- Wij vergoeden de kosten uitsluitend voor lichamenlijk en/of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

#### **Artikel 48 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen**

##### *ZilverKeuzePolis met 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden 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:

- het niet aangelegd zijn van meerdere gebitselementen;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts/algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid; wij vergoeden maximaal € 1.820,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet;
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling;
- totale amelogenese imperfecta;
- angstpatiënt; wij vergoeden alleen de kosten die uitgaan boven de kosten die gelden als u normale behandeling bij de tandarts zou hebben ondergaan.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- De behandeling moet een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereisen.
- U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

#### **Artikel 49 Orthodontie in bijzondere gevallen**

##### *ZilverKeuzePolis met 1 ster, 2 sterren, 3 sterren en 4 sterren*

Wij vergoeden de volledige kosten van een orthodontische behandeling bij een kaakorthopedische afwijking:

- als direct gevolg van een lip-, kaak- of verhemeltespleet;
- in boven- of onderkaak, die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.



#### **Artikel 50 Achmea health alarmcentrale**

##### *Achmea health*

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in de artikelen 30 en 31 genoemde hulpverlening door de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International te Noordwijk;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

#### **Artikel 51 Korting bij opticien**

##### *Achmea health*

Met Hans Anders is de volgende aanbieding overeengekomen: Complete enkelvoudige bril voor € 95,-, een complete multifocale bril voor € 135,-. Bij een pakket maandlenzen (€ 45,-) een maand gratis lenzen en vloeistof.

Bij Het Huis opticiens kunt u profiteren van de volgende aanbiedingen:

Bij aanschaf van een complete bril (montuur en glazen) ontvangt u een zonnebril op sterkte inclusief UV filter, ter waarde van € 45,- gratis. Kiest u voor een duurdere zonnebril op sterkte, dan wordt een korting van € 45,- verleend.

#### **Artikel 52 Korting op personenalarmering**

##### *Achmea health*

U heeft recht op een korting op de huur en abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmeringssysteem van ActionLine.

#### **Artikel 53 Second opinion**

##### *Achmea health*

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

#### **Artikel 54 Kraampakket**

##### *Achmea health*

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons een medisch kraampakket thuisbezorgd.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

U moet het medisch kraampakket minimaal twee maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

#### **Artikel 55 Uitleen verpleegartikelen**

##### *Achmea health*

Wij vergoeden voor een periode van maximaal 6 maanden de huurkosten van medisch noodzakelijke artikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed.



## Artikel 56 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

### Achmea health

Wij vergoeden het gebruik van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendood. Wij vergoeden de kosten van huur van een monitor voor een periode van maximaal 18 maanden.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

## Artikel 57 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

### Achmea health

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

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

## Artikel 58 Preventieve onderzoeken

### Achmea health

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaat kanker.

## Artikel 59 Sportmedisch onderzoek

### Achmea health

Wij vergoeden per persoon de volgende behandelingen in een sportmedische instelling:

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt € 10,-;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult en/of herhalingsconsult.

#### Voorwaarde voor vergoeding

De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de federatie Sport Medische Instellingen.

## Artikel 60 Leefstijltrainingen

### Achmea health

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De eigen bijdrage die u verschuldigd bent, bedraagt € 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.

#### Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

## Artikel 61 Preventieve cursussen

### Achmea health

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar.

Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health centrum of een thuiszorginstelling;
  - hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
  - stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr of een thuiszorginstelling;
  - eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
  - babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
  - EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging.
- Wij kunnen u informeren over de organisaties waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Daarnaast geven wij 25% korting op de schriftelijke cursussen:

- Lekker in je vel;
- Lekker gezond;
- Lekker slank.

Deze cursussen worden verstrekt door Achmea health.

#### Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

## Artikel 62 Voedingsvoorlichting

### Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland, of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- U moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.

## Artikel 63 Kuurcentrum

### Achmea health

U heeft recht op een korting bij de volgende kuurcentra:

- Fontana te Nieuweschans;
  - Thermaalbad Arcen te Arcen;
  - Thermae 2000 te Valkenburg;
  - Kuurcentra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.
- Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die tegen korting beschikbaar zijn.

## Artikel 64 Korting op fitness

### Achmea health

U heeft bij de vestigingen van Ten Tije Fitness recht op een korting van:

- 50% op het (eenmalige) inschrijfgeld;
- 20% op de contributie;
- 25% op bepaalde cursussen. Wij kunnen u nader informeren over het aanbod aan cursussen waarvoor de korting van toepassing is.

## Artikel 65 Wachtijdbemiddeling

### *Achmea health*

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan, waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u nagaan of de wachttijd bekort kan worden. Als er mogelijkheden tot het bekorten van de wachttijd zijn, proberen wij te regelen dat u eerder behandeld wordt.

#### *Voorwaarden voor vergoeding*

- De mogelijke oplossing moet vallen binnen de dekkingsvoorwaarden van uw verzekerde ziektekostenpakket.
- Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeginrichting) bij:
  - eerste polikliniekbezoek, van tenminste 3 weken;
  - dagbehandeling, van tenminste 4 weken;
  - ziekenhuisopname, van tenminste 6 weken.

#### *Uitsluiting*

Wachtijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

## Artikel 66 Care for Women

### *Achmea health*

Wij vergoeden 75% van de kosten van consulten van een overgangsconsulent tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar.

#### *Voorwaarde voor vergoeding*

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.