



Polisvoorwaarden 2013

Aevitae Aanvullende Verzekering

Aevitae Supervip Pakket

Postbus 2705
6401 DE Heerlen
T 0900 - 369 33 33

Postbus 2296
5600 CG Eindhoven
T 0900 - 369 33 33

www.aevitae.com
info@aevitae.com

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I Begripsomschrijvingen	2	Artikel 11 Huishoudelijke ondersteuning	15
		Artikel 12 Hulpmiddelen en eigen bijdragen	15
II Algemene voorwaarden	6	Artikel 13 Kinderopvang	16
		Artikel 14 Kuuroorden	16
Welkom bij Aevitae	6	Artikel 15 Orthodontie	17
Artikel 1 Verzekerde zorg	6	Artikel 16 Overgangsconsulent	17
Artikel 2 Algemene bepalingen	8	Artikel 17 Plastische chirurgie	17
Artikel 3 Betalingen	9	Artikel 18 Preventie	17
Artikel 4 Overige verplichtingen	9	Artikel 19 Reiskosten ziekenbezoek	18
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	10	Artikel 20 Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	18
Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	10	Artikel 21 Stottertherapie	18
Artikel 7 Klachten en geschillen	11	Artikel 22 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	18
Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling	11	Artikel 23 Verblijfkosten	19
		Artikel 24 Verloskunde en kraamzorg	19
III Vergoedingen	12	Artikel 25 Vervangende mantelzorg	20
		Artikel 26 Voetbehandeling / podotherapie	20
Aevitae Supervip Pakket	12	Artikel 27 Ziekenvervoer	20
Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	12	Artikel 28 Overige behandelingen en therapieën	20
Artikel 2 Anticonceptie	12		
Artikel 3 Beweegzorg	12		
Artikel 4 Brillen, (contact)lenzen of ooglasersbehandeling	13		
Artikel 5 Buitenland Wereldwijd	13		
Artikel 6 Circumcisie	14		
Artikel 7 Dieetadvisering	14		
Artikel 8 Eerstelijns psychologische zorg	14		
Artikel 9 Farmaceutische zorg	14		
Artikel 10 Huidbehandelingen	15		

I Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering(en)

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Aevitae

De gevolmachtigd agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts dan wel een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

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.

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Basisverzekering

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

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.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een universitair of daarmee door verzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Collectieve overeenkomst

Een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen Aevitae en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering via Aevitae en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen de verzekeraar en de apotheekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

Een lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het door verzekeraar vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit.

Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

Één volwassene, dan wel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 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.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die als huisarts 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 en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Instelling

- 1 een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
- 2 een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

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)'.

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

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

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Orthodontist

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Podotherapeut

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

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door verzekeraar, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Seksuologisch hulpverlener

Eerstelijnspsycholoog, arts of verpleegkundige die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Dit specialisme bestaat pas sinds 1 januari 2009. Dit specialisme is een opvolging van de verpleeghuisgeneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialist ouderengeneeskunde genoemd.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Toestemming (machtiging)

Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ons of verzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering met ons is aangegaan.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verzekeraar

De zorgverzekeraar die als verzekeringsonderneming is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Aevitae.

Wmg-tarieven

Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

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.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

Zorghotel

Een door verzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Op uw zorgpolis staat vermeld welke maatschappij dit betreft.

II Algemene voorwaarden

Welkom bij Aevitae

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 INHOUD EN OMVANG VAN DE VERZEKERDE ZORG

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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.

1.2 MEDISCHE NOODZAAK

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3 DOOR WIE MAG DE ZORG WORDEN VERLEEND

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruikmaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven. Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders en van de tarieven die wij vergoeden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.4 VERGOEDING VAN DE KOSTEN VAN ZORG

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruikmaakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u geen vergoeding of een lagere vergoeding ontvangt. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden of bij ons opvragen.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.5 HOE MAAKT U AANSPRAAK OP VERGOEDING?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Wanneer u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze online indienen via Mijn Aevitae.

Ook kunt u een declaratieformulier invullen en dit samen met de originele nota naar ons opsturen. Een kopie of aanmaning nemen wij niet in behandeling. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat wij er zonder verdere navraag uit op kunnen maken tot welke vergoeding wij zijn gehouden. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Buitenlandse nota's dienen, voorzien van uitgebreide specificatie, in het Engels, Spaans, Frans of Duits te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, dan kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

1.6 RECHTSTREEKSE BETALING

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.7 VERREKENING VAN KOSTEN

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8 VERWIJZING, VOORSCHRIFT OF TOESTEMMING

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden.

Als een verwijzing of voorschrift nodig is, dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts. Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf voorafgaand aan de zorg bij ons toestemming aanvragen.

1.9 ONTLENEN RECHT

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnosebehandelcombinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10 UITSLUITINGEN

Er bestaat geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg:

- 1.10.1** die verband houdt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan Aevitae. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheekkundige selectie tot stand is gekomen;
- 1.10.2** van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 1.10.3** die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 1.10.4** die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 1.10.5** waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, indien de verzekerde voor deze wet verzekerd is;
- 1.10.6** waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening indien de verzekering bij Aevitae niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 1.10.7** waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet bent;
- 1.10.8** veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie;
- 1.10.9** veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- 1.10.10** of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae.

1.11 RECHT OP (VERGOEDING VAN DE KOSTEN VAN) ZORG EN OVERIGE DIENSTEN ALS GEVOLG VAN TERRORISTISCHE HANDELINGEN

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2 AANVULLENDE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsovereenkomsten maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekering.

Als u op grond van de collectieve overeenkomst gesloten tussen uw werkgever en Aevitae een werknemers gerelateerde aanvullende verzekering hebt, dan gaat de vergoeding uit het werknemers gerelateerde pakket voor. U hebt in dat geval geen recht op (de vergoeding van de kosten van) deze zorg op grond van deze aanvullende verzekering.

2.3 BIJBEHORENDE DOCUMENTEN

In deze verzekeringsovereenkomsten wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders.

Deze documenten kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

2.4 FRAUDE

Materiële controle en fraude onderzoek worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen dan bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreren in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de zorgverzekeraar.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering en binnen Aevitae of de zorgverzekeraar lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen sluiten binnen Aevitae of de zorgverzekeraar.

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5 BESCHERMING PERSOONSGEGEVENS

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

2.6 MEDEDELINGEN

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres worden geacht u te hebben bereikt. Wij hanteren altijd het in de Gemeentelijke Basisadministratie geregistreerde adres.

2.7 BEDENKPERIODE

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van veertien dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen veertien dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen veertien dagen nadat u de zorgpolis hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.8 NEDERLANDS RECHT

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Betalingen

3.1 VERSCHULDIGDHEID VAN PREMIE

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2 PREMIEKORTING BIJ COLLECTIEVE OVEREENKOMST

3.2.1 De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2 Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3 BETALING VAN PREMIE, (WETTELIJK) EIGEN RISICO, WETTELIJKE BIJDRAGEN EN KOSTEN

3.3.1 U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.3.2 Voor betaling per acceptgiro kunnen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening brengen.

3.3.3 U kunt ons toestemming verlenen voor automatische incasso voor de betaling van premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Voor het verlenen van toestemming voor automatische incasso van de premie enerzijds en van het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten anderzijds zijn twee aparte machtigingen benodigd.

3.4 VERREKENING

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.5 NIET-TIJDIG BETALEN

3.5.1 Wanneer u de premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Betaalt u niet binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, dan kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten als bedoeld in lid 3.5.3. hebben ontvangen.

3.5.2 Bij niet-tijdige betaling hebben wij tevens het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. In geval van beëindiging kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten als bedoeld in lid 3.5.3. Deze aanvraag dient binnen één maand na betaling van het verschuldigde bedrag bij ons binnen te zijn. Er is dan weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wanneer de aanvraag niet binnen één maand door ons is ontvangen, voegen wij de aanvullende verzekering(en) weer toe per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar. Ontvangen wij geen aanvraag, dan vindt er na betaling van het verschuldigde bedrag geen automatische toevoeging van de aanvullende verzekering(en) plaats.

3.5.3 Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.5.4 Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.5 Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.5.6 Als wij de aanvullende verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dit zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, verhuizing, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen hierdoor worden geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 WIJZIGING PREMIE EN VOORWAARDEN

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2 OPZEGGINGSRECHT

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u de verzekeringsovereenkomst tot één maand nadat de wijziging aan u is medegedeeld opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

6.1 BEGIN EN DUUR

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van de verzekeraar aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, dan geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 ACCEPTATIE VOOR DE AANVULLENDE VERZEKERING

6.2.1 Zorgverzekering

U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten, maar u bent dat niet verplicht. Voor de aanvullende verzekering kan een medische selectie van toepassing zijn. Bovendien kan er een leeftijdsgrens van toepassing zijn.

6.2.2 Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan, kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar kunnen niet uitgebreider verzekerd zijn dan de hoogst verzekerde volwassene op de overeenkomst.

6.2.3 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. is van toepassing. De verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar.

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen dezelfde verzekeraar.

6.3 EINDE VAN RECHTSWEGE

6.3.1 De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of over andere feiten en omstandigheden met betrekking tot de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

Als de aanvullende verzekering eindigt omdat wij stoppen met het aanbieden van deze aanvullende verzekering, stellen wij u als verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voordat de aanvullende verzekering eindigt, hiervan op de hoogte.

6.4 WANNEER KUNT U UW VERZEKERING OPZEGGEN?

6.4.1 Jaarlijks

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

6.4.2 Tussentijds

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering van verzekeraar.

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.5 WANNEER KUNNEN WIJ DE AANVULLENDE VERZEKERING OPZEGGEN, ONTBINDEN OF SCHORSEN?

Wij kunnen de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledig of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7 Klachten en geschillen

7.1 HEBT U EEN KLACHT? LEG UW KLACHT VOOR AAN DE AFDELING KLACHTENMANAGEMENT.

7.1.1 U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

7.1.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2 KLACHTEN OVER ONZE FORMULIEREN

7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com.

7.2.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Medische Garanties. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

III Vergoedingen

Aevitae Supervip Pakket

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen: maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar met een maximum van € 85,00 per behandeling;
- consulten van alternatieve therapeuten: maximaal € 500,00 per kalenderjaar met een maximum van € 65,00 per behandeling;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen en met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek: maximaal €500,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er wordt maximaal 1 consult/behandeling per dag vergoed.
- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben en voorkomen op de lijst Homeopathisch Geregistreerd Geneesmiddel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP);
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- Het (laboratorium)onderzoek moet zijn voorgeschreven door behandelend arts of therapeut.

Artikel 2 Anticonceptie

Voor verzekerden van 21 jaar en ouder vergoeden wij de kosten van hulpmiddelen voor anticonceptie zoals een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien het anticonceptiemiddel is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en is verstrekt door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Bijzonderheid

De vergoeding van de anticonceptiepil is opgenomen in artikel 9.

Artikel 3 Bewegezorg

A FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, geriatriefysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut gaat met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk;
- De vergoeding wordt gemaximeerd tot het bedrag dat tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder overeengekomen is.
- Indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste 80% van de gecontracteerde tarieven, zoals deze voor de betreffende behandelingen zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling die slechts ten doel heeft om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen zoals bijvoorbeeld sportmassage en zwangerschaps- of kraamvrouwengymnastiek.

B OVERIGE THERAPIEËN VOOR HOUDING EN BEWEGING

Wij vergoeden € 1.000,00 per kalenderjaar voor de kosten van de volgende behandelingen tezamen:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.[®] door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- behandelingen door een sportarts.

C BEWEEGPROGRAMMA'S

Wij vergoeden de kosten van de volgende beweegprogramma's:

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;

- het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en leren omgaan met (rest)klachten voor mensen met kanker. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt uitgevoerd door een instelling met een licentie van de Stichting Herstel & Balans;
- een beweegprogramma volgens de methode van CytoFys, OncoMove of Sportplan Tegenkracht tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma dat deel uitmaakt van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten – dieetadviesing en gedragsverandering – geheel of gedeeltelijk volgens de basisverzekering of een andere (aanvullende) zorgverzekering worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl. Het programma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie;
- Wij vergoeden maximaal € 50,00 per kalenderjaar voor senioren Fitzzwemmen of 50-Fit zwemmen. De training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

Artikel 4 Brillen, (contact)lenzen of ooglaserverbehandeling

Wij vergoeden de kosten van een bril (glazen, montuur), contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visus corrigerende werking of ooglaserverbehandeling tot maximaal € 300,00 per kalenderjaar.

Artikel 5 Buitenland Wereldwijd

A SPOEDEISENDE ZORG

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf van ten hoogste 12 maanden. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland.

Vergoeding

- Zorg die volgens de zorgverzekering voor eigen rekening blijft door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend, wordt vergoed tot maximaal het in het betreffende land wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding vanuit de zorgverzekering maakt hiervan deel uit.
- Kosten van zorg die volgens het Aevitae Supervip Pakket zijn gedekt worden vergoed tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- Niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en middelen die in Nederland geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel' tot maximaal worden vergoed tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- Wij vergoeden ook de kosten van toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn.
- Wij vergoeden ook de telefoonkosten gemaakt bij contact vanuit het buitenland met de Aevitae Alarmcentrale.

Voorwaarde voor vergoeding

- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Aevitae Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld.
- Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag gaan wij uit van de koers van de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.

B NIET-SPOEDEISENDE ZORG

Wij vergoeden de kosten van voorziene:

- medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in de zorgverzekering, als de zorg is verleend in een door de zorgverzekeraar erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u raadplegen op onze website of telefonisch opvragen via telefoonnummer 0900 – 369 33 33.
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

C REPATRIËRING / VERVOER STOFFELIJK OVERSCHOT NAAR NEDERLAND

Wij vergoeden:

- de kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- de noodzakelijke extra verblijfskosten als repatriëring om medische redenen niet mogelijk is.
- de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid als repatriëring om medische redenen niet mogelijk is.
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland, of begravenis of crematie in het buitenland en overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat vergoed zou zijn bij repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland.
- de kosten van opsporing en redding tot een maximumbedrag van € 11.345 als u in een noodsituatie belandt, waarbij opsporing of redding noodzakelijk is.
- de telefoonkosten gemaakt bij contact vanuit het buitenland met de Aevitae Alarmcentrale.

Uitsluiting

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Aevitae Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld.
- Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag gaan wij uit van de koers van de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.

D PREVENTIEVE VACCINATIES / MALARIAPILLEN

Wij vergoeden bij een vakantie- of dienstreis naar het buitenland de kosten van consulten en vaccinaties ter voorkoming van ziekten en preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria.

Artikel 6 Circumcisie

Wij vergoeden de kosten van een medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis) in een daartoe bevoegd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum, besnijdeniscentrum of gespecialiseerde huisartsenpraktijk.

Voorwaarde voor vergoeding

Verwijzing met een toelichting dient plaats te vinden door huisarts of medisch specialist.

Artikel 7 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van dieetadvisering met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten na verwijzing door huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van dieetpreparaten en voedingsmiddelen.

Artikel 8 Eerstelijns psychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van:

- de eigen bijdrage per zitting
- een aanvulling op het aantal zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de zorgverzekering tot maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelaar is werkzaam als gezondheidspsycholoog, eerstelijns psycholoog of klinisch psycholoog of als seksuoloog lid van de Nederlandse vereniging voor seksuologie (NVVS)
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de (huis)arts;

Artikel 9 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden maximaal € 4.540,00 per kalenderjaar voor de kosten van:

- geregistreerde zelfzorgmiddelen, die niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering;
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de zorgverzekering;
- verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaanwondingen of wonden onder de verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- de genees- en verbandmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant;
- de geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van middelen die geregistreerd staan als 'Niet-geneesmiddel'.

Artikel 10 Huidbehandelingen

A ACNETHERAPIE

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 21 jaar de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialiste.

B CAMOUFLAGETHERAPIE

Wij vergoeden:

- lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat of de hals;
- de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke.
- littekenbehandeling

C ELEKTRISCHE EPILATIE / LASERBEHANDELING

Wij vergoeden maximaal € 1.500,00 voor de gehele duur van de verzekering voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met overmatige haargroei in het gelaat of de hals.

D PSORIASISDAGBEHANDELING

Wij vergoeden intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis in een psoriasisdagbehandelingscentrum, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient te geschieden door een huidtherapeute die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een schoonheidsspecialiste met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie het diploma Camouflage, voor elektrisch epilieren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne.
- U moet een indicatie van de huidarts of huisarts aan ons overleggen. Indien de behandeling plaatsvindt door een schoonheidsspecialiste is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk.

Artikel 11 Huishoudelijke ondersteuning

Wij vergoeden de kosten van huishoudelijke hulp wanneer u geen gebruik kunt maken van deze voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De vergoeding bedraagt maximaal € 450,00.

Omschrijving

Het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan de verzekerde om herstel van zijn letsel te bevorderen. Op het moment van aanvragen van huishoudelijke ondersteuning wordt een hervatting van de werkzaamheden binnen drie maanden verwacht. De huishoudelijke ondersteuning omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaak werkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij de zorgverzekeraar bekend is.

Voorwaarden voor vergoeding

- U dient 18 jaar of ouder te zijn.
- De hulp dient direct aan te sluiten op een ziekenhuisopname van minimaal 5 dagen.
- De hulp dient zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag aangevraagd te zijn bij Aevitae.
- De zorg dient verleend te worden door een organisatie waarmee de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten.
- De hulp kan op werkdagen van 07.00 uur tot 20.00 uur worden ingezet. Weekenden en feestdagen zijn uitgesloten.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdragen volgens de WMO.

Bijzonderheden

- voor huishoudelijke ondersteuning kan tijdens kantooruren, van 09.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen Aevitae, telefoonnummer: 0900 - 369 33 33 (lokaal tarief);
- de huishoudelijke ondersteuning wordt binnen 2 werkdagen na aanmelding bij Aevitae geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
- er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke ondersteuning als de tijdelijke uitval verband houdt met een chronische aandoening;
- de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
- onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging.

Artikel 12 Hulpmiddelen en eigen bijdragen

A ALTERNATIEF VOOR EEN PRUIK

Wij vergoeden de kosten van alternatieven voor een pruik (zoals een sjaal, hoofdoek en bandana) tot maximaal € 100,00 per kalenderjaar.

B EIGEN BIJDRAGE HULPMIDDELEN

Wij vergoeden de eigen bijdragen volgens het Reglement hulpmiddelen tezamen tot maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van de zorgverzekering. Het reglement kunt u vinden op onze website.

C LOOPHULPMIDDELEN

Wij vergoeden maximaal € 100,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van aanschaf of huur van:

- elleboogkrukken;
- loophulpen met 3 of 4 poten;
- looprekken;
- rollators;
- serveerwagens.

Voorwaarde voor vergoeding

De hulpmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de behandelend huisarts of medisch-specialist.

D PLASWEKKER (WEKAPPARATUUR)

Wij vergoeden de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief bandages).

E ROLSTOLEN OF INVALIDENWAGENS

Wij vergoeden de kosten van huur van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.

F STEUNPESSARIUM

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.

G STEUNZOLEN

Wij vergoeden de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts.

Voorwaarde voor vergoeding

De steunzolen dienen geleverd te worden door een orthopedisch schoentechnicus .

H VERPLEEGARTIKELEN

Wij vergoeden de kosten van huur van verpleegartikelen.

Artikel 13 Kinderopvang

Wij vergoeden kinderopvang vanaf de 4e dag van een ziekenhuisopname van een ouder die bij Aevitae is verzekerd. De kinderopvang is voor thuiswonende kinderen tot 12 jaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,00 per werkdag per meeverzekerd kind, met een maximum van 60 werkdagen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kinderopvang dient van tevoren bij ons te worden aangevraagd, neem hiervoor contact op met onze Servicedesk via telefoonnummer 0900 – 369 33 33;
- De kinderopvang moet plaatsvinden op het woonadres van de verzekerde;
- De kinderopvang is geen huishoudelijke hulp;
- Na ontslag uit het ziekenhuis is er geen recht meer op vergoeding van de kinderopvang. Dan geldt de reguliere thuiszorgregeling (via WMO / gemeente).

Uitsluitingen

Het moet gaan om een aaneengesloten opnameperiode.

- Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of revalidatiecentrum.
- Wij vergoeden niet de kosten bij uitbreiding van het aantal uren bij een kinderdagverblijf
- Er wordt geen vergoeding gegeven aan derden: als bijvoorbeeld een vriendin of buur voor de kinderopvang zorgt.

Artikel 14 Kuuroorden

Wij vergoeden de kosten van kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis, ernstige artrose of psoriasis, ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden. Voor deze behandeling vergoeden wij maximaal € 500,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluitingen

- Privé uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 15 Orthodontie

Wij vergoeden de kosten van orthodontie door een tandarts of orthodontist voor verzekerden tot 18 jaar volledig. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder vergoeden wij deze kosten tot maximaal € 500,00 per kalenderjaar.

Uitsluitingen

- In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij geen kosten van reparatie of vervanging;
- Geen vergoeding wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Artikel 16 Overgangsconsulent

Wij vergoeden de kosten van voorlichting aan en advisering/behandeling van vrouwen in de overgang door een overgangsconsulent.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VVOG).

Artikel 17 Plastische chirurgie

Wij vergoeden:

- eenmalig de behandeling die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot 18 jaar;
- de kosten van correctie van bovenoogleden in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum eenmalig voor de gehele duur van de verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.
- De behandeling dient plaats te vinden door een medisch specialist.
- De vergoeding voor de ooglidcorrectie kan alleen plaatsvinden bij een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de verzekerde ontspannen recht vooruit kijkt.
- Er dient een verwijzing aanwezig te zijn door de huisarts of medisch specialist, voorzien van een toelichting van de behandelend medisch specialist. Bij de aanvraag moet een foto worden meegestuurd (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking - zoals hierboven omschreven - goed zichtbaar is.

Artikel 18 Preventie

A PREVENTIEVE ONDERZOEKEN

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- elektrocardiogrammen;
- ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

De vergoeding bedraagt maximaal € 500,00 per kalenderjaar.

B GEZOND LEVEN BODYTEST

Wij vergoeden de kosten van een basis of een uitgebreide Gezond Leven Test.

De basis Gezond Leven Test omvat de volgende onderzoeken:

- hartslag;
- bloeddruk;
- gewicht/BMI;
- buikomvang;
- vetpercentage;
- inspanningstest;
- bloedonderzoek: bloedsuiker, totaal cholesterol, cholesterol-HDL, kreatinine, gamma gt, hemoglobine, hematocriet;
- urineonderzoek: eiwit, glucose.

De uitgebreide Gezond Leven Test omvat naast de onderzoeken van de basis Gezond Leven Test:

- een longfunctietest;
- ECG.

Door

De zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten:

- Arbo Unie
- CED Meditel
- KeurCompany
- Maetis
- Federatie Sportmedische Instellingen (FSMI)

B GRIEPPVACCINATIE

Wij vergoeden eenmaal per jaar de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep, indien u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

C PREVENTIEVE CURSUSSEN

Een tegemoetkoming voor maximaal twee preventieve cursussen per jaar gericht op afvallen, stoppen met roken en hartproblemen, gezamenlijk tot maximaal € 250,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De cursussen moeten worden georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

D LIDMAATSCHAP PATIËNTENVERENIGING

Wij vergoeden de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad).

Voorwaarde voor vergoeding

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

E STOPPEN MET ROKEN

Wij vergoeden de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:

- Lasertherapie;
- Allen Carr-training;
- De Opluchting-training.

Artikel 19 Reiskosten ziekenbezoek

Wij vergoeden vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan een in een Nederlands ziekenhuis opgenomen gezinslid. Wij vergoeden € 0,25 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis.

Voorwaarden voor vergoeding

- Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij Aevitae.
- Het moet gaan om een aaneengesloten opnameperiode.

Artikel 20 Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie en het ongedaan maken hiervan in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Artikel 21 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie volgens de methodes Del Ferro, BOMA en Hausdörfer. Tevens vergoeden wij de kosten van maaltijd en verblijf in het betreffende instituut, als die deel uitmaken van de behandeling.

Artikel 22 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) door een tandarts of tandprotheticus.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van het bleken van elementen.
- Wij vergoeden niet de kosten van het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat).

Artikel 23 Verblijfkosten

A HERSTELLINGSOORD

Wij vergoeden de kosten van opname in door ons gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg. Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van de behandelend arts.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

B THERAPEUTISCH KAMP VOOR JONGEREN

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.

C VERBLIJF IN EEN LOGEERHUIS

- Wanneer u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoeden wij de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouders in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis;
- Wanneer u 18 jaar of ouder bent en opgenomen in een ziekenhuis, vergoeden wij de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname;
- Wanneer u aansluitend op een transplantatie of oncologische behandeling zelf in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis moet verblijven, vergoeden wij de kosten van het verblijf van uzelf en een begeleider.

D HOSPICE

Wij vergoeden de eigen bijdrage van verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd gedurende maximaal 3 maanden, tot maximaal € 25,00 per dag.

Voorwaarde voor vergoeding

Het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist.

Artikel 24 Verloskunde en kraamzorg

A KRAAMUITKERING

Wij verstrekken een uitkering van € 455,00 bij bevalling in een ziekenhuis, geboortecentrum, polikliniek of thuis.

Deze uitkering kunt u onder meer gebruiken voor:

- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg;
- de kosten van couveuse-nazorg;
- de kosten van de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de zorgverzekering.

B ADOPTIE-UITKERING

Bij adoptie van een kind jonger dan 3 maanden keren wij € 455,00 uit als tegemoetkoming in de kosten van adoptiekraamzorg. Wanneer beide ouders verzekerd zijn bij Aevitae, kan aanspraak gemaakt worden op maximaal één adoptie-uitkering per kind.

C KRAAMPAKKET

Een door de zorgverzekeraar, in overleg met verloskundigen, samengesteld kraampakket.

Bijzonderheid

De aanmelding voor kraamzorg en kraampakket dient uiterlijk 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden via www.aevitae.com, of via telefoonnummer: 0900 - 369 33 33.

D LACTATIEKUNDIGE ZORG

Wij vergoeden de kosten van lactatiekundige zorg voor hulp en advies bij borstvoeding

Bijzonderheden:

De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL en verwijzing vindt plaats door verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige.

E GEBOORTETENS

Wij vergoeden de kosten van huur van een geboortetens voor maximaal 6 weken. Een geboortetens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling.

F BEWAKINGSAPPARATUUR

Wij vergoeden de kosten van huur van bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood bij een pasgeborene baby, op verwijzing van de behandelend arts.

G SENSORMATJE

Wij vergoeden de kosten van een sensormatje voor bewegings- en ademhalingsregistratie bij een pasgeborene. Wij vergoeden maximaal één matje per pasgeborene.

Voorwaarde voor vergoeding

U kunt het sensormatje aanschaffen vanaf 4 weken voor de uitgerekenende bevallingsdatum tot maximaal 3 maanden na de geboorte.

H ELEKTRISCHE BORSTKOLF

Wij vergoeden de huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling, waarbij de moeder thuis verblijft, tot maximaal € 150,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De nota dient vergezeld te gaan van het ingevulde formulier 'huur elektrische borstkolf'. U kunt dit formulier downloaden via onze website of telefonisch aanvragen via telefoonnummer 0900 - 369 33 33.

Artikel 25 Vervangende mantelzorg

Wij vergoeden maximaal 16 dagen vervangende mantelzorg per kalenderjaar als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers afwezig zijn om medische redenen of door vakantie.

Voorwaarden voor vergoeding

De vervangende mantelzorg mag uitsluitend geleverd worden door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde organisatie. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag.

Artikel 26 Voetbehandeling / podotherapie**A PODOTHERAPIE**

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podo-omnitherapeut, podoloog en podo-orthesioloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen of repareren en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen.

Voorwaarde voor vergoeding

De therapeut moet geregistreerd zijn als een gekwalificeerd en praktiserend lid van een landelijk erkende beroepsvereniging.

B PEDICURE

Wij vergoeden de kosten van voetzorg door een pedicure t.b.v. diabetici en reumapatiënten.

Artikel 27 Ziekenvervoer

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland wanneer vervoer plaatsvindt voor een behandeling die vergoed wordt vanuit de zorgverzekering.

Wij vergoeden:

- de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer volgens de zorgverzekering;
- voor vervoer per auto: € 0,25 per kilometer;
- voor taxivervoer: volledig.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u een machtiging verlenen. Voor het aanvragen van de machtiging kunt u gebruikmaken van het 'Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer'. Dit formulier kunt u downloaden vanaf onze website of telefonisch opvragen via 0900 - 369 33 33.
- Bij uw declaratie dient u een afsprakenkaart mee te sturen.

Artikel 28 Overige behandelingen en therapieën**A ERGOTHERAPIE**

Wij vergoeden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.

B LYMFEDRAINAGE

Wij vergoeden de kosten van behandeling van ernstig lymfoedeem door een huidtherapeut.

C MAMMAPRINT

Wij vergoeden de kosten van een MammaPrint, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis.

D ORTHOPTIE

Wij vergoeden de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.