

VOORWAARDEN EN VERGOEDINGEN

Ziekenfondsverzekering



Vanaf 1 januari 2004

AVÉRO  | achmea

Inhoudsopgave

Vergoeding	Bladzijde	Artikel	Ziekenfonds-wet	Basis Pakket	Aanvullend Pakket	Extra Aanvullend Pakket	Excellent Pakket	Achmea health
Aanmelding en inschrijving	5	3						
Aansprakelijkheid	8	17, 18						
Acnébehandeling	13	16.1		■	■	■	■	
Alarmcentrale	10, 14	2.3, 17		■	■	■	■	■
Alarmeringsapparatuur	14	20	■					■
Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen	9	1		■	■	■	■	
Anticonceptiva	13	13			■	■	■	
Beëindiging van de verzekering	6	5						
Begripsbepalingen	4	1						
Bevalling en kraamzorg	13	16.2		■	■	■	■	
Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood	15	24						■
Borstprothese	13	16.3		■	■	■	■	
Brillen/contactlenzen	14	19						■
Buitenland	8, 9	2, 16	■	■	■	■	■	■
Buitenland (vaccinaties en preventieve geneesmiddelen)	15	25						■
Camouflagetherapie	13	16.4		■	■	■	■	
Energieverbeteringsprogramma	16	31						■
Epilatie	10	3		■	■	■	■	
Fitness	16	33						■
Fysiotherapie	11	4	■	■	■	■	■	
Health shop	16	36						■
Herstellingsoord	11	5			■	■	■	
Hulpmiddelen	16	37	■					■
In vitro fertilisatie	13	14				■	■	
Klachten	8	21						
Kraampakket	14	22						■
Kraamzorg	13	12	■			■	■	
Kuurcentrum	16	32						■
Kuurreizen	11	6		■	■	■	■	
Leefstijltrainingen	15	28						■
Logeershuis	13	16.5		■	■	■	■	
Lymfe-oedeem	13, 14	16.6		■	■	■	■	
Mantelzorg	11	7		■	■	■	■	
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	11	4	■	■	■	■	■	
Orthodontie	12	11.4	■			■	■	
Overgangsconsulent	16	35						■
Pedicure hulp	14	16.7		■	■	■	■	
Persoonsgegevens	8	22						
Plaswemaker	14	16.8		■	■	■	■	
Podotherapie, podo-kinesiologie en podo-orthesiologie	14	16.9		■	■	■	■	
Premie (betaling, heffing, peildata, vaststelling)	6, 7	8, 9, 10, 11, 12, 13						
Preventieve cursussen	15	29						■
Preventieve onderzoeken	15	26						■
Pruik	14	16.10		■	■	■	■	
Psoriasiskuur	11	8		■	■	■	■	
Psychologische hulp	11	9		■	■	■	■	
Psychotherapie	11	10			■	■	■	
Schadevergoeding	6	7						
Second opinion	14	21						■
Sportmedisch onderzoek	15	27						■
Steunzolen	14	16.11		■	■	■	■	
Stottertherapie	14	16.12		■	■	■	■	
Tandheelkundige zorg (algemeen)	12	11.1	■	■	■	■	■	
Tandheelkundige zorg (kroon en brugwerk)	12	11.2			■	■	■	
Tandheelkundige zorg (ongevalsgevolg)	12	11.3			■	■	■	
Therapeutisch kamp voor jongeren	14	16.13		■	■	■	■	
Vakantiedokter	14	18						■
Vakanties (advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens)	16	38						■
Verpleegartikelen (uitleen)	15	23						■
Verplichtingen van de verzekerde	6	6						
Verval van vorderingsrecht	8	19						
Voedingsvoorlichting	15	30						■
Wachttijdbemiddeling	16	34						■
Wijziging algemene voorwaarden/reglement	8	20						
Ziekenbezoek	14	16.14		■	■	■	■	
Ziekenvervoer	13	15		■	■	■	■	
Zorgaanspraken	8	14, 15						

Het Avéro Achmea Ziekenfonds via uw eigen verzekeringsadviseur

Als ziekenfondsverzekerde heeft u tegenwoordig het recht zich aan te sluiten bij het ziekenfonds van uw eigen keuze. Een goede ontwikkeling, want u heeft zo de vrijheid u te oriënteren in verzekeringsland en u te verzekeren via het ziekenfonds dat naar uw mening het beste service- en dienstenpakket levert.

Daarnaast kan elke ziekenfondsverzekerde zich nu ook via zijn eigen verzekeringsadviseur - bij wie hij ook al z'n andere verzekeringen heeft afgesloten - voor ziektekosten verzekeren. Wel zo handig: zo lopen al uw verzekeringszaken via één vertrouwd adres.

Het Avéro Achmea Ziekenfonds biedt haar producten en diensten uitsluitend via verzekeringsadviseurs aan. Een welbewuste keuze: de verzekeringsadviseur kan u steeds van deskundig advies voorzien. Bovendien is hij welbekend in verzekeringsland en gaat voor u op zoek naar de verzekeringsproducten en diensten die naadloos aansluiten op uw situatie en op uw wensen.

Het Avéro Achmea Ziekenfonds biedt in de eerste plaats de standaard wettelijke ziekenfondsverzekering. Het pluspunt van Avéro Achmea zit in de aantrekkelijke extra pakketten die u kunt afsluiten. Het Basis Pakket, het Aanvullend Pakket, het Extra Aanvullend Pakket en het Excellent Pakket. Aanvullende verzekeringen die u - tegen een aantrekkelijke premie - extra zorg en zekerheid bieden.

In deze brochure staan alle pluspunten van de vier extra zorgpakketten van het Avéro Achmea Ziekenfonds helder en overzichtelijk omschreven.

Een advies: lees alles eens rustig door. Zo bepaalt u zelf welk pakket het beste aansluit op uw persoonlijke behoefte. En heeft u vragen? Uw verzekeringsadviseur geeft u graag alle informatie. Of u belt met het Avéro Achmea Ziekenfonds, telefoonnummer 0900 - 799 28 37 (EUR 0,05 p/min.).

Voor het stellen van vragen over Achmea health of het aanvragen van diensten van Achmea health belt u de Achmea health helpdesk: 0900 - 439 66 35 (EUR 0,05 p/min.). Vanuit het buitenland belt u voor hulp van EuroCross het Achmea health alarmnummer: + 31 71 364 18 50.

Avéro Achmea brengt de wettelijke verzekering onder bij PWZ Achmea. Daarom wordt verderop in deze brochure steeds PWZ Achmea vermeld.

Ziekenfondsverzekering: vergoedingen en voorwaarden

In het kort:

Uw ziekenfondsverzekering en PWZ Achmea

In dit boekje staat informatie over uw ziekenfondsverzekering bij PWZ Achmea. PWZ Achmea doet er alles aan om de gezondheidszorg voor u zo goed mogelijk te organiseren. Daarvoor maken wij afspraken met praktisch alle zorgverleners en ziekenhuizen bij u in de buurt. Daarmee worden de kosten gedrukt en dat merkt u uiteindelijk in de premie die u betaalt voor uw verzekering.

Vrije keuze van zorgverlener

U heeft zelf de keuze welke zorgverlener u wilt hebben. Dit houdt in dat u bepaalt welke huisarts, apotheek of tandarts in uw woonplaats het beste bij uw wensen past. Voor het ziekenhuis of de medisch specialist geldt dat ook, maar als u naar het ziekenhuis of de medisch specialist moet, is een verwijzing van uw huisarts noodzakelijk.

Als u verhuist of als u zich voor het eerst inschrijft bij PWZ Achmea, dan kunt u de huisarts, apotheek of tandarts aan ons doorgeven. U kunt niet meer dan één huisarts, apotheek of tandarts hebben. De zorgverlener dient een overeenkomst met PWZ Achmea te hebben.

Relatiepas

Als u zich inschrijft bij PWZ Achmea, ontvangt u een gratis relatiepas. Op deze pas staat uw relatienummer, dat u kunt gebruiken bij zorgverleners of in het buitenland. U hoeft dan niet uw polis overal mee naar toe te nemen. Draag daarom de pas altijd bij u.

Polisblad

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder "Achmea health" (artikelen 17 tot en met 38) heeft u recht als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten.

Verzekeringsreglement

Artikel	Onderwerp
1	Begripsbepalingen
2	Algemeen
3	Aanmelding en inschrijving
4	Verzekeringsbewijs
5	Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving
6	Verplichtingen van de verzekerde
7	Schadevergoeding
8	Premievaststelling en premieheffing
9	Peildata nominale premie
10	Verschuldigdheid nominale premie
11	Verhoging nominale premie
12	Betaling premie
13	Nalatigheid bij betaling nominale premie
14	Zorgaanspraken
15	Geldend maken van zorgaanspraken
16	Zorgaanspraken in het buitenland
17	Aansprakelijkheid zorgverzekeraar
18	Aansprakelijkheid van derden
19	Verval vorderingsrecht
20	Wijziging reglement
21	Informatie over klacht en beroep
22	Persoonsgegevens

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

- 1.1 Aanvullende verzekering**

De aanvullende verzekering(en) op de ziekenfondsverzekering.
- 1.2 Ambulance**

Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevalsslachtoffers, 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 overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- 1.4 Audiologisch centrum**

Een centrum dat audiologische zorg verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten.
- 1.5 Bijkomende kosten**

De neventarieven die door een instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.
- 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 Fraude**

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.
- 1.10 Fysiotherapeut**

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde overheidsinstantie staat geregistreerd in het kader van de wet BIG.
- 1.11 Geneeskundig adviseur**

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.
- 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, vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 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.
- 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 Medeverzekerde**

De echtgeno(o)t(e) of partner en eigen, aangehuwde of pleegkinderen van de verzekerde, zoals omschreven in de Ziekenfondswet.
- 1.22 Medische noodzaak**

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.
- 1.23 Medisch specialist**

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.24 Oefentherapeut**

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.25 Orthodontist**

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.26 Premie**

De nominale premie, procentuele premie en/of de premie voor de aanvullende verzekering.
- 1.27 Podotherapeut**

Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.28 Revalidatie**

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-

technische 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.

1.29 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 Terrorismeschade

Schade als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme.

1.32 U/uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering.

1.33 Verloskundige

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

1.34 Verzekerde

De persoon die bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.

1.35 Verzekering

De ziekenfondsverzekering, de AWBZ en/of de aanvullende verzekering(en).

1.36 Verzekeringsbewijs

Het bewijs van inschrijving: een polisblad en een Relatiepas.

1.37 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.

1.38 Wij/ons

- a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Groene Land PWZ Zorgverzekeraar U.A.
- b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V.

1.39 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.

1.40 Ziekenfondsverzekering en/of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De ziekenfondsverzekering zoals die is vastgesteld in de Ziekenfondswet (ZFW) en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

1.41 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).

1.42 Ziekenhuisverpleging

Opname 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.

1.43 Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling, met wie/waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

1.44 Zorgverzekeraar

- a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Groene Land PWZ Zorgverzekeraar U.A.
- b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Artikel 2 Algemeen

- 2.1 De wederzijdse rechten en verplichtingen van zorgverzekeraar en verzekerden worden bepaald door dit verzekeringsreglement. Een uitzondering geldt wanneer in de Ziekenfondswet, AWBZ of de statuten van de zorgverzekeraar andere bepalingen zijn of worden opgenomen.
- 2.2 Alle begrippen zoals omschreven in artikel 1 hebben in de Ziekenfondswet, de AWBZ en de aanvullende verzekering(en) dezelfde betekenis.

Artikel 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1 De verzekerde meldt zich voor de ziekenfondsverzekering aan bij de zorgverzekeraar, door een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier in te leveren.
- 3.2 Bij aanmelding gaat de zorgverzekeraar na of is voldaan aan de voorwaarden volgens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ. Indien hieraan wordt voldaan, volgt inschrijving en bestaat daarna aanspraak op verstrekkingen volgens deze wetten.
- 3.3 Iedereen, die ingeschreven staat in de ziekenfondsverzekering, kan op eigen verzoek worden ingeschreven in de aanvullende verzekering(en). De verzekerde meldt zich aan voor de aanvullende verzekering(en) door het inleveren van een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier. Voorwaarde is dat dit verzoek ook geldt voor eventuele medeverzekerden. De verplichting om alle gezinsleden aan te melden is niet van toepassing voor de aanvullende tweede klassenverzekering en de aanvullende tandheelkundige verzekeringen.
- 3.4 De zorgverzekeraar kan een inschrijving in de aanvullende verzekering(en) weigeren indien:
 - a de verzekerde nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder werd afgesloten met de zorgverzekeraar;
 - b de verzekerde zich schuldig heeft gemaakt aan het indienen van onjuiste of onterechte kostendeclaratie(s);
 - c de gezondheidstoestand van de verzekerde hiertoe aanleiding geeft.

Artikel 4 Verzekeringsbewijs

- 4.1 De ingeschreven verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een verzekeringsbewijs. Zodra de verzekerde niet (meer) voldoet aan de voorwaarden die gelden voor inschrijving, vervalt de geldigheid van het verzekeringsbewijs.
- 4.2 De zorgverzekeraar verstuurt elk (nieuw) verzekeringsbewijs naar het hem laatst bekende adres van de verzekerde.
- 4.3 Bij het inroepen van hulp moet de verzekerde het verzekeringsbewijs tonen aan de zorgverlener en/of zorgverlenende instantie.

Artikel 5 Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

- 5.1 Inschrijving in de ziekenfondsverzekering geschiedt volgens de bepalingen van de Ziekenfondswet. Aanvullende verzekeringen die gelijktijdig met de ziekenfondsverzekering zijn aangevraagd, gaan in op het moment dat de ziekenfondsverzekering ingaat. Aanvullende verzekeringen die later worden aangevraagd, gaan - met inachtneming van een medische selectie - in op de eerste van de maand volgend op die van aanmelding. De inschrijving kent een termijn van één kalenderjaar.
- 5.2 Als inschrijving na 1 januari plaatsvindt, loopt de inschrijvingstermijn door tot en met 31 december van het daarop volgende jaar.
- 5.3 De inschrijving voor de verzekering wordt na verloop van de eerste termijn (zie artikel 5.1 en 5.2) telkens met één kalenderjaar verlengd. Wil de verzekerde een inschrijving beëindigen, dan moet hij dit schriftelijk melden, uiterlijk één maand voor de dag waarop de termijn is verstreken.
- 5.4 Naast de bepalingen in artikel 5.3 en de bepalingen in de Ziekenfondswet en/of de AWBZ en/of dit reglement, geldt dat de zorgverzekeraar de inschrijving beëindigt:
- met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de verzekering voldoet;
 - met onmiddellijke ingang, indien de verzekerde niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
- 5.5 De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving van een medeverzekerde:
- tegelijk met de beëindiging van de inschrijving van de verzekerde aan wiens verzekering het recht op medeverzekering gebonden is;
 - met ingang van de dag waarop de medeverzekerde niet meer voldoet aan de vereisten voor inschrijving als medeverzekerde;
 - met onmiddellijke ingang, indien de medeverzekerde niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
- 5.6 Als de inschrijving wordt beëindigd, deelt de zorgverzekeraar dat schriftelijk mede.
- 5.7 Als de nominale premie wijzigt, heeft de verzekerde het recht de inschrijving te beëindigen. Verzekerde moet dit binnen 60 dagen - nadat de zorgverzekeraar de wijziging bekend heeft gemaakt - schriftelijk melden. De inschrijving eindigt op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de schriftelijke opzegging ontvangen is.
- 5.8 Als de zorgverzekeraar de premie voor de aanvullende verzekering verhoogt, heeft de verzekerde het recht de aanvullende verzekering te beëindigen. Verzekerde moet dit binnen een maand - nadat de zorgverzekeraar de wijziging bekend heeft gemaakt - schriftelijk melden. De aanvullende verzekering eindigt dan op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de schriftelijke opzegging ontvangen is.
- 5.9 De zorgverzekeraar zal de aanvullende verzekering(en) van de verzekerde en zijn eventuele medeverzekerde(n) beëindigen indien de verzekerde of medeverzekerde zich schuldig heeft gemaakt aan het indienen van onjuiste of onterechte kosten-declaratie(s).

Artikel 6 Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde, en ook de gewezen verzekerde, is verplicht:

- binnen 14 dagen, desgevraagd schriftelijk, alle inlichtingen te

verstrekken die de zorgverzekeraar nodig heeft voor een goede uitvoering van de verzekering;

- de verklaringen die voor de ziekenfondsverzekering of volgens dit reglement nodig zijn en/of verstrekt worden, binnen 14 dagen aan de zorgverzekeraar toe te zenden;
- de zorgverzekeraar schriftelijk binnen 14 dagen op de hoogte te brengen van feiten of omstandigheden die hemzelf of (een) medeverzekerde(n) betreffen en die kunnen leiden tot beëindiging of wijziging van de inschrijving.

Artikel 7 Schadevergoeding

- 7.1 De zorgverzekeraar kan een vergoeding vragen aan de verzekerde voor schade die het gevolg is van onrechtmatige inschrijving. Deze bepaling geldt naast de bepaling in artikel 7.2 en het recht van de zorgverzekeraar de inschrijving te beëindigen. De hoogte van het schadebedrag dat de verzekerde aan de zorgverzekeraar voor de ziekenfondsverzekering moet betalen, wordt bepaald door het College voor Zorgverzekeringen. De hoogte van dit bedrag is gebaseerd op de landelijke gemiddelde kosten per ziekenfondsverzekerde, jonger dan 65 jaar.
- 7.2 Wie opzettelijk aanspraken doet als verzekerde zonder daartoe gerechtigd te zijn, is aansprakelijk voor een bedrag ter grootte van de uitgekeerde medische kosten. De zorgverzekeraar brengt dit bedrag in rekening als de uitgekeerde kosten hoger zijn dan het bedrag dat is berekend volgens artikel 7.1.
- 7.3 De verzekerde moet de bedragen zoals die in artikel 7.1 en 7.2 omschreven staan betalen binnen de termijn die door de zorgverzekeraar is bepaald. Doet hij dit niet, dan brengt de zorgverzekeraar kosten in rekening aan de (gewezen) verzekerde die schadeplichtig is. Het betreft de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten.

Artikel 8 Premievaststelling en premieheffing

- 8.1 De hoogte van de nominale premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heft een nominale premie voor de verzekerde van 18 jaar en ouder zelf en zijn medeverzekerde echtgenoot of partner.
- 8.2 De Ziekenfondswet bepaalt welke verzekerden van 65 jaar of ouder een procentuele premie aan de zorgverzekeraar betalen. In artikel 18 van deze wet is de hoogte daarvan vastgelegd. Het inkomen waarover premie geheven wordt, is eveneens in deze wet vastgelegd.
- 8.3 De zorgverzekeraar heft de premie voor de verschillende vormen van de aanvullende verzekering. De hoogte van deze premie wordt door de zorgverzekeraar vastgesteld.
- 8.4 De verzekerde betaalt de premie per maand. De premie moet vooruit betaald worden, uiterlijk op de laatste dag van de maand die voorafgaat aan de maand waarover de premie is verschuldigd. De zorgverzekeraar int de premie voor de verzekerde en zijn medeverzekerden.
- 8.5 De zorgverzekeraar brengt de verzekerde schriftelijk op de hoogte van premiewijzigingen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

Artikel 9 Peildata nominale premie

- 9.1 De zorgverzekeraar gaat voor het vaststellen van de premie uit van peildata. De zorgverzekeraar kan hier in bijzondere gevallen van afwijken.
- 9.2 De peildatum is de eerste dag van een kalendermaand. Wanneer de verzekerde zich meer dan 60 dagen na het ontstaan

van het recht op verzekering bij de zorgverzekeraar aanmeldt, is de peildatum de eerste dag van de maand te rekenen vanaf 60 dagen voor de datum van inschrijving.

- 9.3 De premie wordt berekend vanaf de eerste peildatum tot en met de laatste dag van de kalendermaand waarin de laatste peildatum is gelegen.
- 9.4 Over iedere kalendermaand wordt premie berekend volgens artikel 9.3. Die premie wordt berekend voor de verzekerde en zijn eventuele medeverzekerden die op de eerste dag van de kalendermaand is/zijn ingeschreven.
- 9.5 Artikel 9.1 is niet van toepassing wanneer sprake is van een vergoeding van geneeskundige verzorging in de vorm van restitutie premie particuliere verzekering.

Artikel 10 Verschuldigdheid nominale premie

De verzekerde is maandelijks slechts één keer nominale premie verschuldigd. Deze regel is van toepassing wanneer de verzekerde op grond van meer bepalingen uit de Ziekenfondswet toegang heeft tot de ziekenfondsverzekering.

Artikel 11 Verhoging nominale premie

- 11.1 Als de verzekerde zich later dan 60 dagen na het ontstaan van het recht op verzekering aanmeldt, wordt de nominale premie over de periode langer dan 60 dagen verhoogd. Die verhoging is maximaal het bedrag van de op het tijdstip van aanmelding geldende nominale premie op jaarbasis. Als de vertraagde aanmelding ook (of alleen) geldt voor zijn medeverzekerde, wordt de nominale premie op dezelfde wijze berekend.
- 11.2 Treft de verzekerde geen verwijt voor het overschrijden van de 60-dagen termijn bij inschrijving, dan wordt de nominale premie berekend vanaf het moment dat recht op verzekering bestaat.

Artikel 12 Betaling premie

- 12.1 De verzekerde betaalt de premie per (bank)giro. Hij kan de zorgverzekeraar een machtiging tot automatische incasso geven.
- 12.2 Als automatische incasso door schuld van de verzekerde niet mogelijk blijkt, heeft de verzekerde alsnog de plicht om zelf tijdig de premie te betalen.
- 12.3 Als de verzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarin de verzekering is geëindigd.

Artikel 13 Nalatigheid bij betaling premie

- 13.1 Bij de premiebetaling moet de verzekerde aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook indien de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. De verzekeraar verrekent achterstallige premie die verzekerde nog aan ons moet betalen met schadekosten die verzekerde bij ons heeft gedeclareerd en die de verzekeraar aan verzekerde moet betalen. Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie te verrekennen met schadekosten, dan kan de zorgverzekeraar administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan de verzekerde in rekening brengen.
- 13.2 De verzekeraar kan de in artikel 13.1 genoemde kosten pas in rekening brengen als de verzekerde niet op tijd betaalt na een schriftelijke aanmaning waarin een betalingstermijn is vermeld.
- 13.3 In aanvulling op artikel 13.1 en 13.2 geldt dat aanspraken vol-

gens de aanvullende verzekering vervallen, als de premie niet is betaald binnen een maand na een betalingsverzoek van de zorgverzekeraar. De aanspraken vervallen automatisch met ingang van de eerste dag van de maand van achterstand. De betalingsplicht blijft bestaan. Bij premieachterstand beëindigen wij de aanvullende verzekeringen. Wanneer de volledige premieachterstand is voldaan, dan kunnen de aanvullende verzekeringen opnieuw worden aangevraagd. Aan het afsluiten hiervan gaat een medische acceptatie vooraf. Als de aanvraag akkoord is dan wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten. De aanvullende verzekering kan niet met terugwerkende kracht worden afgesloten.

Artikel 14 Zorgaanspraken

- 14.1 De verzekerde heeft aanspraak op verstrekkingen uit de Ziekenfondswet en de AWBZ. De aard, inhoud en omvang van deze verstrekking en de voorwaarden waaronder zij verstrekt worden, staan benoemd in deze wetten. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten vanuit de aanvullende verzekering(en), voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- 14.2 De aanvullende verzekering(en) omvat(ten) een pakket van verstrekkingen en vergoedingsregelingen die beschreven zijn in de vergoedingsregeling van de aanvullende verzekering(en).
- 14.3 De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar uitsluitend aanspraak maken op genoten verstrekkingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt.
- 14.4 Bij 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 of munitie, bestaat geen recht op uitkering en/of verstrekking.
- 14.5 De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Deze clausule en het bijbehorend Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
- 14.6 Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van doktersverklaringen.
- 14.7 Indien de verzekerde - zo de in dit reglement bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade of kosten op grond van enige andere wet, voorziening, subsidiëring, publiekrechtelijke regeling of 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 de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
- 14.8 De zorgverzekeraar stelt elk jaar vast hoe de aanvullende verzekering(en) eruit zien voor wat betreft de inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekkingen. Wijzigingen worden door de zorgverzekeraar schriftelijk bekend gemaakt aan de verzekerde.
- 14.9 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
 - de ziekenfondsverzekering;en het eventuele restbedrag ten laste van:

- de tandheelkundige verzekering (Basis Tand Totaal Pakket, Tand Totaal Pakket, Tand Totaal Plus Pakket; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende verzekeringen (Basis Aanvullende Verzekering, Aanvullende Verzekering).

Artikel 15 Geldend maken van zorgaanspraken

- 15.1** Als de verzekerde zorg nodig heeft die deel uitmaakt van de ziekenfondsverzekering heeft hij de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verstrekt informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo'n overeenkomst bestaat.
- 15.2** Als de verzekerde zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft, moet hij vooraf toestemming vragen aan de zorgverzekeraar.
- 15.3** De verzekerde moet bij elk bezoek aan een zorgverlener of zorginstelling als bedoeld in artikel 15.1 en 15.2 een geldig verzekeringsbewijs laten zien.

Artikel 16 Zorgaanspraken in het buitenland

- 16.1** De verzekerde kan zich voor hulp en zorg volgens de ziekenfondsverzekering wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland indien zulks voor zijn geneeskundige verzorging noodzakelijk is. De zorgverzekeraar moet hiervoor vooraf toestemming hebben verleend.
- 16.2** Als de verzekerde zich voor spoedeisende hulp tot een persoon of inrichting in het buitenland wendt, gelden de voorwaarden die in de Ziekenfondswet zijn bepaald.
- 16.3** De zorgverzekeraar vergoedt de door verzekerde gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners aan verzekerde in een Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

Artikel 17 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor de verzekerde schade lijdt, is de zorgverzekeraar daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van het verzekerde verstrekkingenpakket.

Artikel 18 Aansprakelijkheid van derden

- 18.1** Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde, moet de verzekerde de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Dit geldt naast de bepalingen in artikel 83a, 83b en 83c van de Ziekenfondswet en/of artikel 284 van het Wetboek van Koophandel. Deze bepaling geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen de verzekerde en een andere (rechts)persoon.
- 18.2** Als de verzekerde wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij de zorgverzekeraar en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 18.3** De verzekerde mag in eerste instantie geen enkele regeling treffen met een derde of iemand die namens die derde optreedt. De verzekerde moet allereerst contact opnemen met zijn eigen zorgverzekeraar.

- 18.4** De verzekerde mag geen enkele regeling treffen die de zorgverzekeraar in zijn rechten benadeelt. De verzekerde mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als hij daarvoor de schriftelijke toestemming van zijn zorgverzekeraar heeft.

Artikel 19 Verval vorderingsrecht

- 19.1** Als de verzekerde recht heeft op een vergoeding uit een van de verzekeringen waarvoor dit reglement geldt, moet hij dit kenbaar maken aan de zorgverzekeraar voor 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin het recht op vergoeding is ontstaan. Deze eis is niet van toepassing als een andere bepaling uit de verzekering dit aanduidt of als de zorgverzekeraar zelf bepaalt dat de verzekerde de vordering niet tijdig kon indienen.
- 19.2** Bij aangetoonde fraude vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. De reeds uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten kunnen worden teruggevorderd.

Artikel 20 Wijziging reglement

- 20.1** Dit verzekeringsreglement is van toepassing op de ziekenfondsverzekering, de AWBZ en de aanvullende verzekeringen.
- 20.2** Dit verzekeringsreglement kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden gewijzigd. Wijzigingen worden door de zorgverzekeraar schriftelijk aan de verzekerde medegedeeld.

Artikel 21 Informatie over klacht en beroep

De zorgverzekeraar verschaft de verzekerde bij iedere beschikking informatie over de beroepsmogelijkheden. Op verzoek verstrekt de zorgverzekeraar tevens informatie over de klachtenprocedure.

Artikel 22 Persoonsgegevens

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 PWZ, afdeling WBP, Postbus 2169, 1500 GD Zaandam.

Op dit verzekeringsreglement is het Nederlands recht van toepassing.

Vergoedingen Aanvullende Verzekering 2004

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen

Voor alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen samen vergoeden wij onderstaande kosten per verzekerde per kalenderjaar.

Basis Pakket	: 75% met een maximum van EUR 115,-
Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 230,-
Extra Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 460,-
Excellent Pakket	: 75% met een maximum van EUR 920,-

1.1 Consulten en behandelingen

Van de alternatieve geneeswijzen komen voor vergoeding in aanmerking:

- 1 acupunctuur
- 2 homeopathie
- 3 natuurgeneeswijzen
- 4 antroposofie
- 5 orthomanipulatie
- 6 chiropraxie
- 7 osteopathie
- 8 manuele geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van consulten/behandelingen, indien de onder 1 t/m 7 genoemde consulten/behandelingen zijn gegeven door een zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen zoals gesteld door de betreffende beroepsvereniging.

- **Voor acupunctuur:** De Nederlandse Artsen Acupunctuur - Vereniging (NAAV), de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA) of het Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGVA).
- **Voor homeopathie:** De Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) of de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH).
- **Voor natuurgeneeswijzen:** De Artsenvereniging tot bevordering van Natuurgeneeswijzen (ABNG) of de Vereniging Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT).
- **Voor antroposofie:** De Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA).
- **Voor orthomanipulatie:** De Federatie Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG).
- **Voor chiropraxie:** Stichting Chiropraxie Nederland (SCN) en de Dutch Chiropractors Federation (DCF).
- **Voor osteopathie:** De Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO).

De onder 8 genoemde consulten/behandelingen moeten zijn gegeven door een in het BIG-register geregistreerde arts die voldoet aan de kwaliteitseisen van de volgende beroepsvereniging.

- **Voor manuele geneeskunde:** De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG) of de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).

Met inachtneming van voorgaande voorwaarden vindt vergoeding plaats onder overlegging van betaalde originele nota's waarop de naam van de behandelaar is vermeld en welke alter-

natieve geneeswijze het betreft. Diagnostische verrichtingen als onderdeel van een chiropraxie consult/behandeling komen niet voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Met betrekking tot de vergoeding van deze geneesmiddelen geldt dat ze:

- moeten zijn voorgeschreven door een arts;
- moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts waarmee PWZ Achmea een overeenkomst heeft;
- geregistreerd moeten staan in de Homeopathie vergoedingslijst (Z-index).

Artikel 2 Buitenland

Basis Pakket	: Europadekking*
Aanvullend Pakket	: Europadekking*
Extra Aanvullend Pakket	: Werelddekking
Excellent Pakket	: Werelddekking

De dekking

De dekking is van kracht voor een onbeperkt aantal vakantie-reizen naar het buitenland, onder voorwaarde dat de reis- en verblijfsduur van een dergelijke reis samen de aaneengesloten periode van zes maanden niet overschrijdt. Onder reizen worden ook dag- en weekendtrips verstaan. Wintersportreizen vallen eveneens onder de dekking.

De dekking is ook van kracht voor meeverzekerde kinderen die in verband met studie of opleiding in het buitenland verblijven.

De vergoeding

Op basis van het pakket en de geldende voorwaarden vergoeden wij in geval van ziekte of ongeval de kosten van geneeskundige hulp, tandheelkundige hulp en hulpverlening. Vergoeding vindt plaats op grond van medische noodzaak en op basis van de gemaakte kosten. Vergoeding vindt plaats in Nederland, met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag van het vaststellen van de uitkering, in Nederlandse courant, tenzij sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

2.1 Geneeskundige kosten

Onder geneeskundige kosten wordt uitsluitend verstaan:

- geneeskundige hulp door een arts of specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- geneesmiddelen op recept voorgeschreven door een in het buitenland gevestigde arts of specialist;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance.

In geval van ziekenvervoer: van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de arts of specialist, in het land waar de verzekerde verblijft.

In geval van ongevalvervoer: van de plaats van het ongeval in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de arts of specialist, in het land waar de verzekerde verblijft. Als de verzekerde voor vervoer gebruik maakt van een eigen auto, draagt de vergoeding een bedrag overeenkomstig het geldende ziekenfondstarief voor vervoer met eigen auto. Het vervoer dient te geschieden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de arts of specialist en de medische noodzaak moet aanwezig zijn.

* Onder Europa wordt verstaan alle landen van Europa (met uitzondering van Nederland) en de niet-Europese landen aan de Middellandse Zee, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden en de Azoren.

2.2 Tandheelkundige kosten

Tandheelkundige kosten zijn de kosten die de verzekerde maakt voor dringend noodzakelijke tandheelkundige hulp die niet uitgesteld kan worden tot in Nederland. Vergoeding wordt verleend op basis van de kostprijs tot een maximum bedrag dat gelijk is aan het maximum bedrag waarvoor de verzekerde op grond van de afgesloten aanvullende verzekering in Nederland tegen tandheelkundige kosten verzekerd is. Onder tandheelkundige kosten wordt uitsluitend verstaan:

- de honoraria van (tand)artsen voor tandheelkundige behandeling, exclusief vergoeding voor prothetische hulpverlening;
 - de door of op voorschrift van een (tand)arts in verband met deze behandeling gemaakte röntgenfoto's;
 - de door een (tand)arts voorgeschreven geneesmiddelen.
- Het aanbrengen van kronen en/of bruggen is uitgesloten van vergoeding.

2.3 Hulpverlening

In geval van ziekte of ongeval organiseert de Achmea health Alarmcentrale de volgende, voor vergoeding in aanmerking komende, vormen van hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland anders dan per eigen of openbaar vervoer (bus, trein) van de gewonde of zieke verzekerde na ziekenhuisopname.
Dit is inclusief extra kosten van een meereizend aanvullend verzekerd gezinslid of aanvullend verzekerde reisgenoot, om de gewonde of zieke noodzakelijke begeleiding of verzorging te geven wanneer dat medisch vereist is;
- medisch noodzakelijke verzorging van de gewonde of zieke verzekerde tijdens de repatriëring;
- het toezenden van geneesmiddelen die op doktersvoorschrift noodzakelijk zijn en op de vakantiebepemming niet verkrijgbaar zijn;
- het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland na overlijden als gevolg van een ziekte of ongeval in het dekkingsgebied.

De verzekerde heeft geen recht op vergoeding als:

- de verzekerde bij vertrek naar het buitenland al voorziet dat geneeskundige hulp en/of repatriëring nodig zal zijn;
- de geneeskundige hulp niet dringend noodzakelijk is en uitgesteld kan worden tot de verzekerde weer in Nederland is;
- de kosten verband houden met de vooropgezette bedoeling behandeling door een in het buitenland gevestigde arts te verkrijgen;
- de kosten verband houden met bevalling in het buitenland na de dertigste week van de zwangerschap;
- de kosten verband houden met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij.
Deze zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan, vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponeerd. Deze tekst maakt integraal deel uit van de verzekeringsvoorwaarden;
- de kosten verband houden met een atoomkernreactie, ongeacht hoe deze is ontstaan;
- de kosten verband houden met deelname aan sport in wedstrijdverband en gevaarlijke sporten met een extreem risico. Een lijst van deze sporten is op aanvraag verkrijgbaar;
- de ondernomen reis de maximum aaneengesloten periode van zes maanden overschrijdt;
- het verblijf in het buitenland verband houdt met beroepswerkzaamheden;

- de verzekerde en/of derden zelf de ziekenhuisopname en/of repatriëring betaalt/betalen of organiseert/organiseren zonder tussenkomst van de Achmea health Alarmcentrale;
- de verzekerde of zijn/haar nabestaanden de verplichtingen die hierna genoemd worden, niet is/zijn nagekomen.

Verplichtingen

De verzekerde dient ziekenhuisopname, noodzakelijke repatriëring na ziekenhuisopname en voortdurende poliklinische of andere langdurige medische behandelingen altijd vooraf - en bij spoedopname binnen 48 uur - telefonisch te melden aan de Achmea health Alarmcentrale.

Deze verplichting geldt tevens voor nabestaanden of belanghebbenden na overlijden van de verzekerde, waarbij repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland plaats moet vinden.

De originele gespecificeerde nota's van in het buitenland gemaakte geneeskundige, tandheelkundige of overige verzekerde kosten dienen met bewijzen van betaling aan PWZ Achmea te worden overgelegd. Ook afschriften van recepten voor verstrekte geneesmiddelen van de arts die de verzekerde in het buitenland behandeld heeft, dienen aan PWZ Achmea te worden overgelegd.

Bij ambulance-, taxi-, of eigen vervoer dient een verklaring te worden overgelegd van de arts die de verzekerde in het buitenland behandeld heeft, waaruit blijkt dat dergelijk vervoer medisch noodzakelijk was.

Het telefoonnummer van de Achmea health Alarmcentrale staat vermeld op de achterzijde van uw PWZ Achmea pas. De activiteiten van de Achmea health Alarmcentrale worden uitgevoerd door EuroCross International te Noordwijk.

Artikel 3 Elektrische epilatie of laserepilatie-behandeling

Basis Pakket	: 100% met een maximum van EUR 345,-
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 460,-
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

Onder elektrische epilatie wordt verstaan het met behulp van elektrische apparatuur verwijderen van extreme haargroei op het gelaat op plaatsen waar dat ongebruikelijk is. Onder laserepilatiebehandeling wordt verstaan het met laserapparatuur verwijderen van de hiervoor bedoelde extreme haargroei. Alleen verzekerden van het vrouwelijk geslacht hebben aanspraak op deze vergoeding. Wij vergoeden de kosten van de behandelingen. De aanvraag voor een bijdrage in de kosten van deze behandeling dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de schoonheidsspecialist(e) en/of huidtherapeut(e) en dient met de eerste nota('s) te worden meegestuurd.

Artikel 4 Fysiotherapie en oefentherapie

Basis Pakket	: maximaal 9 behandelingen
Aanvullend Pakket	: maximaal 9 behandelingen
Extra Aanvullend Pakket	: 100%
Excellent Pakket	: 100%

Wij vergoeden:

- de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde fysiotherapeut bij niet-chronische aandoeningen;
- de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde oefentherapeut bij niet-chronische aandoeningen;
- de kosten van de eerste 9 behandelingen bij chronische aandoeningen.

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

Artikel 5 Herstellingsoord

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

Wij vergoeden de verblijfkosten in een door PWZ Achmea erkend herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-herstellingsoord. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 6 Kuurreizen

Basis Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

Wij vergoeden de kosten van één kuurreis per kalenderjaar aan verzekerden die lijden aan reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. De behandelend arts dient vooraf een aanvraag bij PWZ Achmea in te dienen. De verzekerde dient bereid te zijn een medisch onderzoek te ondergaan.

De vergoeding omvat de reis-, verblijf- en behandelkosten.

De reis moet zijn georganiseerd door een door PWZ Achmea erkende organisator van kuurreizen.

Artikel 7 Mantelzorg (vervangend)

Basis Pakket	: 100% met een maximum van EUR 460,-
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 460,-
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

Aan gehandicapten die door mantelverzorgers worden verzorgd, geven wij tijdens de vakantieperiode van die mantelver-

zorgers vergoeding voor vervangende mantelzorg. De vervangende mantelzorg moet worden gegeven namens een instelling waarmee PWZ Achmea een overeenkomst heeft gesloten. Aan PWZ Achmea dient vooraf toestemming te worden gevraagd. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 8 Psoriasiskuur

Basis Pakket	: 100% met een maximum van EUR 345,-
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 460,-
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

Wij vergoeden de kosten van een psoriasiskuur. De vergoeding wordt gegeven onder de volgende voorwaarden:

- de psoriasis moet op minimaal 9% van het lichaamsoppervlak aanwezig zijn;
- PUVA en andere reguliere therapieën blijken niet effectief;
- de behandelend arts dient vooraf een aanvraag bij PWZ Achmea in te dienen;
- de vergoeding is inclusief de met de kuur samenhangende reiskosten, op basis van openbaar vervoer;
- de vergoedingsregeling voor een psoriasiskuur geldt uitsluitend voor dagbehandeling in een erkend psoriasis-dagbehandelingscentrum binnen Nederland.

Artikel 9 Psychologische hulp

Basis Pakket	: 75% met een maximum van EUR 230,-
Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 230,-
Extra Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 460,-
Excellent Pakket	: 75% met een maximum van EUR 460,-

Wij vergoeden de kosten van een behandeling door een eerste-lijns psycholoog (geen psychotherapeut).

De volgende nadere voorwaarden zijn van toepassing:

- het moet gaan om acute, kortdurende hulp die plaatsvindt in het kader van de behandeling door de huisarts;
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een gekwalificeerd eerste-lijns psycholoog waarmee PWZ Achmea een overeenkomst heeft;
- reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 10 Psychotherapie

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 500,-
Extra Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 1.000,-
Excellent Pakket	: 75% met een maximum van EUR 1.000,-

Bij meer dan 30 behandelingen psychotherapie vergoeden wij 75% van de kosten tot:

- maximaal EUR 500,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u het Aanvullend Pakket heeft;
- maximaal EUR 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u het Extra Aanvullend Pakket of het Excellent Pakket heeft;

Artikel 11 Tandheelkundige zorg

11.1 Algemeen

Basis Pakket	: Uitsluitend vergoeding voor een volledige prothese 100% met een maximum van EUR 115,- (eenmaal per 5 jaar)
Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 230,- per jaar
Extra Aanvullend Pakket	: 75% met een maximum van EUR 460,- per jaar
Excellent Pakket	: 75% met een maximum van EUR 920,- per jaar

Wij vergoeden de kosten (exclusief R codes = inlays, kronen, bruggen) indien het de volgende zorg betreft:

- tandheelkundige zorg (uitgezonderd orthodontie voor volwassenen) door een door PWZ Achmea gecontracteerde tandarts of instelling;
- een door een gecontracteerde tandprotheticus of tandarts (niet door een tandtechnisch laboratorium) geleverde volledige onder- of bovenprothese. De vergoeding bedraagt 75% van de resterende kosten. Dit zijn de kosten na aftrek van de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (deze bedraagt 75% van de kosten);
- techniekkosten behorende bij een plaatprothese, frameprothese, volledige prothese, worden vergoed tot het maximum bedrag;
- behandeling door een mondhygiënist(e), mits deze behandeling plaatsvindt op advies van een tandarts of tandarts-specialist, op basis van het voor tandarts geldende CTG-tarief.

11.2 Kroon- en brugwerk

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 115,-
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 230,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 460,-

De vergoeding geldt uitsluitend voor R-codes (inlays, kronen, bruggen) en is inclusief techniekkosten.

11.3 Tandheelkundige kosten als gevolg van een ongeval*

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 930,- per gebeurtenis
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 930,- per gebeurtenis
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 2.300,- per gebeurtenis

Tandheelkundig letsel dient binnen 30 dagen na het ongeval schriftelijk te worden gemeld, met een omschrijving van de toedracht. Voorafgaand aan de behandeling dient er een aanvraag inclusief behandelplan te worden overgelegd. De zorg moet worden verleend door een door PWZ Achmea gecontracteerde tandarts of tandarts specialist.

De vergoeding is beperkt tot de tandheelkundige kosten als gevolg van ongevallen die gedurende de looptijd van de verzekering hebben plaatsgevonden. De dekking van de kosten is beperkt tot een termijn van 12 kalendermaanden na het ongeval. De nota dient samen met een kopie van de machtigingsbrief meegestuurd te worden.

11.4 Orthodontie

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: geen vergoeding
Extra Aanvullend Pakket	: 75% van de kosten voor de volledige behandeling
Excellent Pakket	: 75% van de kosten voor de volledige behandeling

Aan verzekerden tot en met 17 jaar die een orthodontische behandeling moeten ondergaan, geven wij een vergoeding van de kosten voor de volledige behandelperiode. De behandeling dient te worden gegeven door een door PWZ Achmea gecontracteerde orthodontist of tandarts. Een lijst van deze orthodontisten en tandartsen is bij PWZ Achmea op aanvraag beschikbaar.

11.5 Voorwaarden

Om voor vergoeding van tandheelkundige of orthodontische zorg in aanmerking te komen, dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- voor orthodontische en gnatologische behandelingen dient vooraf een behandelplan bij PWZ Achmea te worden ingediend. De toestemming voor een orthodontische behandeling wordt eenmalig aan de verzekerde verstrekt voor de volledige behandeling en voor zover deze kosten gemaakt worden gedurende de looptijd van de verzekering. De toestemming voor orthodontie wordt verleend indien er sprake is van een orthodontische afwijking die valt in de IOTN-score van 3, 4 en 5;
- de tandheelkundige behandeling mag niet onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of ondoelmatig zijn. Vergoeding vindt plaats door rechtstreekse betaling van PWZ Achmea aan de behandelend tandarts, voor zover deze hiertoe een overeenkomst met PWZ Achmea heeft gesloten, dan wel op basis van de door de verzekerde bij PWZ Achmea ingediende originele of voor origineel gewaarmerkte rekeningen. De datum van afbehandeling is bepalend voor de vergoeding.

11.6 Algemene uitsluitingen bij tandheelkundige zorg

De volgende kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- onderdelen van de tandheelkundige zorg die krachtens de Ziekenfondswet in het "Besluit tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering" zijn geregeld;
- de kosten van implantologie en toebehoren;
- kosten die betrekking hebben op tandheelkundige gezondheidsverklaringen, verzuimde afspraken;

* Onder ongeval wordt verstaan: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buiten af en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijke letsel is veroorzaakt.

- de bij een orthodontische behandeling behorende kosten die betrekking hebben op onzorgvuldig gebruik door de verzekerde, niet nagekomen afspraken bij de orthodontist en de toeslag voor witte slotjes bij beugels;
- techniekkosten tenzij uitdrukkelijk anders vermeld.

Artikel 12 Extra kraamzorg

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: geen vergoeding
Extra Aanvullend Pakket	: 5 dagen (max. 25 uur)
Excellent Pakket	: 5 dagen (max. 25 uur)

De verzekerde die na een bevalling op medische indicatie minimaal vijf dagen in het ziekenhuis moet verblijven heeft - in aansluiting op reguliere kraamzorg - bij thuiskomst aanspraak op vergoeding van extra kraamzorg. Indien de baby later thuiskomt dan de moeder en het betreft het eerste kind, dan kunnen de extra dagen ook aanvangen op het moment van thuiskomst van de baby. Die extra zorg dient te worden verleend door een erkende zorgverlener of instelling. Er is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd die afhankelijk is van het aantal uren zorg. Voor extra kraamzorg komen ook ouders in aanmerking bij de adoptie van een kind jonger dan 6 maanden.

Artikel 13 Anticonceptiva

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: 100%
Extra Aanvullend Pakket	: 100%
Excellent Pakket	: 100%

Wij vergoeden voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van de anticonceptiva.

- De anticonceptiva moeten zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en moeten geleverd worden door een in Nederland gevestigde gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts en dienen alleen voor eigen gebruik.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Artikel 14 In vitro fertilisatie

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: geen vergoeding
Extra Aanvullend Pakket	: 100%
Excellent Pakket	: 100%

Wij vergoeden de kosten van de eerste in vitro fertilisatiebehandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Deze vergoeding geldt voor elke te realiseren zwangerschap.

Artikel 15 Ziekenvervoer

Basis Pakket	: geen vergoeding
Aanvullend Pakket	: 100%
Extra Aanvullend Pakket	: 100%
Excellent Pakket	: 100%

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer indien en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is.

Wij vergoeden de kosten van door ons gecontracteerd taxi-vervoer of vervoer per eigen auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

De kosten van vervoer per door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij volledig. De vergoeding voor het eigen vervoer per auto bedraagt EUR 0,19 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziekenfondsverzekering vergoeden.
 - U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.
 - De vervoerslijn indiceert of en via welke vorm van vervoer de kosten vergoed kunnen worden.
- Informatie over ziekenvervoer vindt u in onze brochure, die wij u op aanvraag toesturen.

Artikel 16 Extra vergoedingen

Voor alle hierna genoemde kosten samen geldt per verzekerde per kalenderjaar een maximale vergoeding van:

Basis Pakket	: 100% met een maximum van EUR 230,-
Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 345,-
Extra Aanvullend Pakket	: 100% met een maximum van EUR 460,-
Excellent Pakket	: 100% met een maximum van EUR 920,-

16.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling aan verzekerden die lijden aan een ernstige vorm van acné. De aanvraag voor een bijdrage in de kosten van deze behandeling dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de huidtherapeut(e) en/of schoonheidsspecialist(e), en moet met de eerste nota('s) worden meegezonden.

16.2 Bevalling/Kraamzorg

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor bevalling en/of kraamzorg.

16.3 Borstprothese

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor borstprothesen inclusief bijbehorende plakstrips.

16.4 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van de te volgen instructielessen en de te gebruiken cosmetische producten. De aanvraag voor een bijdrage in de kosten van deze therapie dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de schoonheidsspecialist(e) en/of huidtherapeut(e) en moet met de eerste nota('s) worden meegezonden.

16.5 Logeerhuis

Indien een meeverzekerd kind in een ziekenhuis is opgenomen, vergoeden wij de door de bij PWZ Achmea verzekerde ouders verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf in een aan dat ziekenhuis verbonden logeerhuis.

16.6 Lymfe-oedeem

Wij vergoeden de kosten van lymfedrainage volgens de

Feldberg-methode aan verzekerden bij wie sprake is van ernstig lymfe-oedeem. De behandeling dient te geschieden door een erkend huidtherapeut(e), die in het bezit is van het diploma van de Feldbergkliniek. De aanvraag voor een bijdrage in de kosten dient door de behandelend arts te geschieden vóór aanvang van de lymfedrainage.

16.7 Pedicure hulp

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging aan verzekerden bij wie sprake is van suikerziekte.

De voetverzorging moet worden gegeven door een door PWZ Achmea erkende pedicure.

16.8 Plaswekker

Wij vergoeden, op voorschrift van de behandelend arts, eenmalig de kosten van een plaswekker, de benodigde bandages en een bij het gebruik van de plaswekker aansluitende gerichte Droge Bed Training bij een erkende thuiszorgorganisatie.

16.9 Podotherapie, podo-kinesiologie en podo-orthesiologie

Wij vergoeden de kosten van behandelingen, inclusief het aanmeten, vervaardigen en leveren van eventuele podotherapeutische zolen, door een podotherapeut, podo-kinesioloog of podo-orthesioloog. De behandeling dient op voorschrift van de behandelend arts (op basis van een duidelijke medische indicatie) plaats te vinden. Dit voorschrift moet met de eerste nota('s) worden meegezonden.

16.10 Pruik

Wij vergoeden de kosten van de aanschaf van een pruik als aanvulling op de vergoeding volgens het Achmea Reglement Hulpmiddelen 2003.

16.11 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van één paar inlays-(steun)zolen. Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de inlays-(steun)zolen worden geleverd op voorschrift van de behandelend arts. Dit voorschrift moet met de nota worden meegezonden.

16.12 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten voor stottertherapie. Vergoeding wordt uitsluitend verleend na toestemming van PWZ Achmea, die daarbij gerechtigd is de vereniging Demosthenes om advies te vragen.

16.13 Therapeutisch kamp voor jongeren

Wij vergoeden de verblijfkosten in een therapeutisch kamp voor verzekerden, jonger dan 17 jaar, bij wie sprake is van astma. Vergoeding wordt verleend op aanvraag van de behandelend arts en na toestemming van PWZ Achmea.

16.14 Ziekenbezoek

Indien een gezinslid dat ook bij PWZ Achmea tegen ziektekosten is verzekerd langer dan twee weken aaneengesloten in een in Nederland gelegen ziekenhuis of revalidatie-inrichting (niet zijnde een herstellingsoord) is opgenomen, geven wij een tegemoetkoming in de reiskosten van zijn/haar woonadres naar de te bezoeken instelling. De eerste twee weken zijn voor eigen rekening. De kilometervergoeding bedraagt EUR 0,20 voor de reisafstand vice versa langs de kortste gebruikelijke route. De vergoeding wordt gegeven op basis van een verklaring van de huisarts of het ziekenhuis met vermelding van de opname- en ontslagdatum, waarbij de verzekerde het aantal bezoeken moet aangeven.

Artikel 17 Achmea health Alarmcentrale

Achmea health

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in artikel 2 lid 3 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 18 Achmea health Vakantiedokter

Achmea health

Bij niet spoedeisende medische vragen, voor en/of tijdens uw vakantie, heeft u recht op gratis advies van de Achmea health Vakantiedokter.

Artikel 19 Korting bij opticiën

Achmea health

Wij kunnen u nader informeren over de kortingsregeling die door Achmea health is afgesproken.

Met Hans Anders hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- u kunt een complete enkelvoudige bril aanschaffen voor EUR 95,-;
- u kunt een complete multifocale bril aanschaffen voor EUR 135,-;
- deze prijsafspraken gelden indien u kiest voor glazen die zijn opgenomen in de zogenoemde Achmea glastabel. In de winkels van Hans Anders kunt u nadere informatie krijgen over deze tabel;
- een kleurtint op uw glazen is mogelijk tegen een meerprijs van EUR 10,- per glas;
- bij de aanschaf van een pakket zachte maandlenzen (EUR 45,-) ontvangt u één maand gratis lenzen en vloeistof.

Met Het Huis Opticiëns hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- bij de aanschaf van een complete bril (montuur en glazen) ontvangt u een gratis zonnebril op sterkte inclusief UV-filter, ter waarde van EUR 45,-;
- kiest u voor een duurdere zonnebril op sterkte, dan wordt een korting van EUR 45,- verleend.

U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/pasje.

Artikel 20 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 21 Second opinion

Achmea health

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

Artikel 22 Kraampakket

Achmea health

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een medisch kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 23 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 24 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendoed

Achmea health

Wij vergoeden het gebruik van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendoed. 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 25 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 vakantiereis naar het buitenland:

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

Artikel 26 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);
- prostaatkanker.

Artikel 27 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 EUR 10,-;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult en/of herhalingsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren.

Artikel 28 Leefstijltrainingen

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainings-

centrum te Dalfsen. De eigen bijdrage die u verschuldigd bent, bedraagt EUR 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, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Artikel 29 Preventieve cursussen

Achmea health

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

Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health Center of een thuiszorginstelling;
- hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, Prostop Lasertherapie of een thuiszorginstelling;
- de "Vrij van alcohol" training, georganiseerd door De Helderheid;
- eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging. Wij kunnen u informeren over de plaatsen 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.

Wij kunnen u nader informeren over de kortingsregeling die voor u van toepassing is.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 30 Voedingsvoorlichting

Achmea health

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De 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 31 Korting op Energieverbeteringsprogramma

Achmea health

U heeft recht op 15% korting op het NOVO-programma van Immogenics.

Artikel 32 Ontspanningsarrangement

Achmea health

Bij de volgende centra hebben wij prijsafspraken gemaakt voor ontspanningsarrangementen:

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

Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die beschikbaar zijn en de daarvoor geldende tarieven.

Artikel 33 Korting op fitness

Achmea health

U heeft bij de Achmea health Centers en 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 waarop de korting van toepassing is.

Artikel 34 Wachttijdbemiddeling

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 polis.
- 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

Wachttijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

Artikel 35 Overgangsconsulent

Achmea health

Wij vergoeden 75% van het consulttarief van een overgangsconsulent tot maximaal EUR 115,- per persoon per kalenderjaar. Bij het eerste consult krijgt u een jaarabonnement op het tijdschrift rondom de overgang "Women's Care".

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

Artikel 36 health Shop

Achmea health

Bij aanschaf van producten in de health Shop op www.achmeahealth.nl gelden voor u de volgende afspraken:

- u heeft recht op korting bij aanschaf van producten in de health Shop. In de health Shop zijn producten verkrijgbaar op het gebied van gezondheid en leefstijl in de volgende categorieën:
 - Lekker bewegen
 - Meten en testen
 - Gezond en mooi
 - Op reis
 - Comfort
 - Veiligheid en Kennis;
- als u recht heeft op vergoeding van een hulpmiddel uit het Achmea reglement Hulpmiddelen, kunt u dit hulpmiddel bestellen in de health Shop.

Voorwaarde voor vergoeding

Bij uw bestelling in de health Shop van een hulpmiddel waarvoor u vergoeding uit het Achmea reglement Hulpmiddelen krijgt, moet u uw door ons afgegeven machtigingsnummer vermelden.

Artikel 37 Korting op hulpmiddelen

Achmea health

U heeft recht op korting bij aanschaf van hulpmiddelen in de winkels van Welzorg. Deze afspraak geldt niet voor hulpmiddelen waarop u volgens het Achmea reglement Hulpmiddelen aanspraak kunt maken en niet voor zogenoemde autoaanpassingen en kindershulpmiddelen.

U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/pasje.

Wij kunnen u informeren over de voor u geldende kortingen.

Artikel 38 Advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakantie

Achmea health

Wij vergoeden aan zorgbehoevende verzekerden een gedeelte van de kosten van advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakantie in Spanje. Wij vergoeden EUR 50,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Het advies, de bemiddeling en begeleiding moet worden gegeven door Zorg Vakantie Plan.