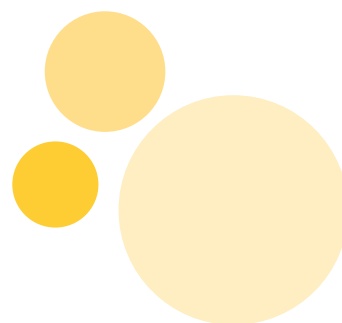


Polisvoorwaarden 2017

Mondiale Aevitae Zorgpolis



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I Algemeen gedeelte	2	Artikel 6 In vitro fertilisatie (IVF) en overige	
Artikel 1 Begripsomschrijvingen	2	fertiliteitsbevorderende behandelingen	10
Artikel 2 Algemene bepalingen	4	Artikel 7 Audiologische zorg	11
Artikel 3 Premie	5	Artikel 8 Plastische en/of reconstructieve chirurgie	11
Artikel 4 Overige verplichtingen	6	Artikel 9 Transplantatie van weefsels en organen	12
Artikel 5 wijziging premiegrondslag en voorwaarden	6		
Artikel 6 Ingang, duur en beëindiging van de Mondiale		Paramedische Zorg	12
Aevitae Zorgpolis	6	Artikel 10 Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/	
Artikel 7 Uitsluitingen	7	Mensendieck	12
Artikel 8 Klachten en geschillen	8	Artikel 11 Logopedie	13
Artikel 9 Verzekerde prestaties	8	Artikel 12 Ergotherapie	13
		Artikel 13 Dieetadvisering	13
II Dekkings- en prestatiewijze	9		
Geneeskundige zorg	9	Mondzorg	13
Artikel 1 Huisartsenzorg	9	Artikel 14 Tandheelkundige zorg	13
Artikel 2 Verloskundige zorg	9	Artikel 15 Prothetische voorzieningen voor verzekerden	
Artikel 3 Medisch specialistische zorg	9	van 18 jaar en ouder.	14
Artikel 4 Revalidatie	10		
Artikel 5 Erfelijkheidsonderzoek	10	Farmaceutische zorg	14
		Artikel 16 Geneesmiddelen	14
		Artikel 17 Dieetpreparaten	15
		Artikel 18 Hulpmiddelenzorg	15

	pag.		pag.
Verblijf in een instelling	16	Artikel 24 Anticonceptie/Sterilisatie	18
Artikel 19 Verblijf	16	Artikel 25 Buitenland Wereldwijd	18
Artikel 20 Kraamzorg	16	Artikel 26 Eerstelijns psycholoog	19
		Artikel 27 Huidbehandelingen	19
Ziekenvervoer	16	Artikel 28 Preventie	19
Artikel 21 Ambulancevervoer	16	Artikel 29 Stottertherapie	19
Artikel 22 Zittend ziekenvervoer	17	Artikel 30 Voetbehandeling/podotherapie	19
Overige Verstrekkingen	18	III Aevitae Tandarts Pakketten	20
Artikel 23 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	18		

I Algemeen gedeelte

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden van de Mondiale Aevitae Zorgpolis wordt verstaan onder:

Aevitae: De gevolmachtigde agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.

Adviserend tandarts: De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

Audiologische zorg: Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.

Bijkomende kosten: De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling, zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek.

Buitenland: Ieder ander land dan het land van vestiging.

Dagverpleging: Korter dan 24 uur durende (zogenaamde poliklinische) bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

Dienstenstructuur: Een instelling waar integrale huisartsenhulp wordt verleend gedurende avond, nacht, weekend en feestdagen, en als zodanig erkend is door de bevoegde overheidsinstantie.

Gezin: Twee gehuwden dan wel twee personen die buiten de echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijk huishouden hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter beoordeling is aan de verzekeraar, dan wel één verzorgende ouder, alsmede de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar.

Hulpdienst: De Aevitae Hulpdienst kunt u bereiken via het telefoonnummer dat is vermeld op de achterkant van uw zorgpas.

Kalenderjaar: De periode van 1 januari tot en met 31 december.

Laboratoriumonderzoek: Onderzoek in een laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.

Medicijnen: Middelen die als geneesmiddel verhandeld mogen worden en die op voorschrift van een huisarts, tandarts, specialist of kaakchirurg zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts. In het kader van de verzekeringsvoorwaarden worden onder geneesmiddelen tevens begrepen bloedproducten en sera die krachtens de daartoe bestemde wet- en regelgeving zijn toegelaten. Niet als geneesmiddel worden aangemerkt:

- versterkende en voedingsmiddelen;
- vermageringsmiddelen;
- tonica, medicinale wijnen en traanproducten;
- zepen, shampoo, badoliën, lotions en/of haargroeimiddelen;
- vitaminepreparaten;
- laxemiddelen;
- verbandmiddelen;
- groeihormonen, tenzij de verzekeraar van tevoren voor vergoeding van de kosten daarvan schriftelijk toestemming heeft verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
- middelen ter behandeling van nicotine afhankelijkheid.

Deze middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Medisch adviseur: De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch hulpverlener: Een ter plaatse van de behandeling gevestigd en als zodanig overeenkomstig de in het desbetreffende land geldende regelgeving algemeen erkend en bevoegd medisch specialist, huisarts, verloskundige, fysiotherapeut, logopedist, kaakchirurg, orthodontist of tandarts.

Medische indicatie: De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

Medisch-specialistische zorg: Behandeling of onderzoek, volgens hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is zorg en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

Ongeval: Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door de verzekeraar de aard en plaats geneeskundig vast te stellen zijn.

Repatriëring: Het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar het land van vestiging.

Resocialisatie: Verblijf buiten het ziekenhuis in de eigen (huiselijke) omgeving, deel uitmakend van de behandeling ter voorbereiding op een naderend ontslag uit het ziekenhuis.

Revalidatie behandeluren: Behandeling, advisering en begeleiding gedurende een aantal uren of een gedeelte daarvan door een multidisciplinair team alsmede de hiermee verband houdende verzorging in een door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting voor revalidatiebehandeling.

Verwerking van persoonsgegevens: Elke handeling of elk geheel van handelingen met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder in ieder geval het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiding of enige andere vorm van ter beschikkingstelling, samenbrengen, met elkaar in verband brengen, alsmede afschermen, uitwissen of vernietigen van gegevens.

Verzekerde: Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is geregistreerd.

Verzekeringnemer: Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Wlz: Wet langdurige zorg.

Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum: Een in stelling waarin met name niet-klinische specialistische zorg wordt verleend en die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.

Ziekenhuis: Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.

Ziekenhuisverpleging: De opname en het verdere verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang verpleging, onderzoek en behandeling op medische gronden in een ziekenhuis moeten plaatsvinden, terwijl ononderbroken behandeling door een specialist en/of kaakchirurg medisch noodzakelijk is.

Ziekenvervoer: Het medisch noodzakelijk vervoer van de verzekerde zelf, verband houdend met medische behandeling ten behoeve van deze verzekerde, mits de kosten van deze behandeling geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen.

Zorgverlener: Een hulpverlener of hulpverlenende instantie die zorg biedt zoals omschreven in de dekking en die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.

Zorghotel: Een door de verzekeraar als zodanig erkende instelling die hulp biedt aan personen die na een ziekenhuisopname tijdelijke voortzetting van opvang, begeleiding en/of verpleging nodig hebben.

Zorgpolis: De akte waarin de tussen de verzekeringnemer en Aevitae gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

(Zorg)verzekeraar: De verzekeraar die vermeld staat op het polisblad.

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag

De Zorgverzekering is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan Aevitae zijn verstrekt. Aevitae verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de Mondiale Aevitae Zorgpolis, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een zorgpolis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2 Werkgebied

De Mondiale Aevitae polis staat open voor werknemers, ex-werknemers en hun gezinsleden die langdurig in het buitenland verblijven en die geen aanspraak kunnen maken op de rechten vanuit de Nederlandse Zorgverzekeringswet (niet verzekeringsplichtig in Nederland). Bovendienomde verzekerden moeten kunnen deelnemen aan de mantelovereenkomst die de werkgever met Aevitae heeft gesloten.

2.3 Medische noodzaak

Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.4 Ontlenen recht

Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg bestaat uitsluitend indien en zolang aan de Mondiale Aevitae Zorgpolis rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien 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 zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

2.5 Aanspraak op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT. Dit clausuleblad maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.terrorisneverzekerd.nl.

2.6 Verwerken persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden verwerkt ten behoeve van de uitvoering van de verzekering, de hiermee verbandhoudende serviceverlening en voor informatieverstrekking op grond van wettelijke verplichtingen.

2.7 Kennisgevingen

Kennisgevingen gericht aan het laatst bij Aevitae bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer dan wel de verzekerde te hebben bereikt.

2.8 Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Premie

3.1 Premie

De premie, alsmede de premiekortingen behorend bij deze verzekeringsvoorwaarden, zijn opgenomen in de jaarlijks aan te passen premietabel, die onderdeel uitmaakt van deze verzekeringsvoorwaarden.

3.1.1 De premie is afhankelijk van het land van vestiging van de verzekerde. Aevitae maakt hiertoe het volgende onderscheid:

Regio A; De Verenigde Staten van Amerika en Canada

Regio B; Alle landen van de wereld met uitzondering van de Verenigde Staten van Amerika en Canada

3.2 Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd.

3.3 Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen giraal en bij vooruitbetaling te voldoen, per maand, kwartaal, halfjaar of jaar. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Aevitae, namens de zorgverzekeraar, gerechtigd de premie met ingang van de eerste dag van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

3.4 Vordering

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een te ontvangen bedrag.

3.5 Overlijden

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

3.6 Niet tijdig betalen

3.6.1 Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan de zorgverzekeraar onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. Ingeval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning. Behoudens ingeval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op prestaties vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid 3.6.5, door Aevitae zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.

3.6.2 Indien de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid 3.6.1 niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kan de zorgverzekeraar de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. De Mondiale Aevitae Zorgpolis wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.3 In afwijking van lid 3.6.1 kan de zorgverzekeraar, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand en de aanvangspremie niet binnen een termijn van 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek is betaald, de dekking schorsen. In dat geval gaat de schorsing in op de dag dat de Mondiale Aevitae Zorgpolis van kracht wordt. Indien de Mondiale Aevitae Zorgpolis terugwerkt naar een dag, gelegen vóór het tijdstip waarop de verzekeringnemer het verzoek om een zorgverzekering te sluiten heeft gedaan, en niet binnen een termijn van 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek is betaald, gaat de schorsing in op de dag waarop de Mondiale Aevitae Zorgpolis van kracht wordt. Indien de dekking is opgeschort, kan de zorgverzekeraar de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. De Mondiale Aevitae Zorgpolis wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.4 Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan.

- 3.6.5 Indien Aevitae maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 4 Overige verplichtingen

4.1 Verplichting

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- de behandelend huisarts, medisch specialist of tandarts-specialist te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van Aevitae;
- aan Aevitae, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, welke nodig is voor de uitvoering van de Mondiale Aevitae Zorgpolis;
- Aevitae te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt Aevitae in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Aevitae.
- zich te onthouden van handelingen waardoor de zorgverzekeraar in zijn belangen kan worden geschaad;
- Aevitae onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld verhuizing (verhuizing kan leiden tot een gewijzigde premie (zie artikel 3.1.1)), geboorte, overlijden, wijziging IBAN;
- ingeval van vergoeding van de kosten van zorg, de originele nota's binnen één jaar na dagtekening bij Aevitae in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Aevitae is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder;
- een op grond van deze verzekeringsvoorwaarden vereiste verwijzing over te (laten) leggen, indien Aevitae hierom vraagt.

4.2 Belangen

Wanneer de belangen van de zorgverzekeraar cq Aevitae worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 4.1 genoemde verplichtingen kan de zorgverzekeraar de prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, schorsen.

Artikel 5 wijziging premiegrondslag en voorwaarden

5.1 Wijziging voorwaarden

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden en premiegrondslag van de bij hem lopende zorgverzekeringen te wijzigen. Aevitae doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere Mondiale Aevitae Zorgpolis op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum.

5.2 Opzeggingsrecht

Indien de zorgverzekeraar de voorwaarden van de Mondiale Aevitae Zorgpolis ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Indien de wijziging een verhoging van de premie betreft, kan de verzekeringnemer opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop Aevitae hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.

Artikel 6 Ingang, duur en beëindiging van de Mondiale Aevitae Zorgpolis

6.1 Ingang en duur

- 6.1.1 De Mondiale Aevitae Zorgpolis gaat in op de dag waarop Aevitae het verzoek hiertoe van of ten behoeve van de verzekerde heeft ontvangen.
- 6.1.2 Indien Aevitae op basis van het in lid 6.1.1 bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de Mondiale Aevitae Zorgpolis, in afwijking van lid 6.1.1, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- 6.1.3 Aevitae verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, doet en, indien dit een ander is dan degene ten behoeve van wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstbedoelde persoon onverwijld:
- een bewijs van het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in lid 6.1.2, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.

- 6.1.4 Indien degene ten behoeve van wie de Mondiale Aevitae Zorgpolis wordt gesloten op de dag waarop Aevitae het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de Mondiale Aevitae Zorgpolis te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 6.1.1 of 6.1.2, gaat de verzekering op die latere dag in.

6.2 Einde van rechtswege

De Mondiale Aevitae Zorgpolis eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- 6.2.1 de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden;

- 6.2.2 de verzekerde overlijdt.

Aevitae stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het onder 6.2.1 gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt. De verzekeringnemer stelt Aevitae onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder lid 6.2.2 gestelde, tot het einde van de Mondiale Aevitae Zorgpolis hebben geleid of kunnen leiden. Indien Aevitae op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de Mondiale Aevitae Zorgpolis zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.

6.3 Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de Mondiale Aevitae Zorgpolis opzeggen:

- vóór 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

6.4 Opzegging door de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar kan de Mondiale Aevitae Zorgpolis opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.6;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of bescheiden aan Aevitae die tot nadeel voor de zorgverzekeraar (kunnen) leiden;
- indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet Aevitae en/of de zorgverzekeraar te misleiden of indien de zorgverzekeraar geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. De zorgverzekeraar kan de zorgverzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. De zorgverzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of hij kan de uitkering verminderen. De zorgverzekeraar kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5 Gezondheidsrisico

Aevitae kan de Mondiale Aevitae Zorgpolis niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

6.6 wijze van opzeggen

Zowel de verzekeringnemer als de zorgverzekeraar kan de Mondiale Aevitae Zorgpolis slechts schriftelijk opzeggen.

6.7 Bewijs van einde

Indien de Mondiale Aevitae Zorgpolis eindigt, verstrekt Aevitae de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de Mondiale Aevitae Zorgpolis.

Artikel 7 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op:

- 7.1 zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden indien en voor zover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;
- 7.2 zorg of vergoeding van kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;
- 7.3 vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Aevitae door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;

- 7.4 vergoeding van kosten die bestaan uit eigen bijdragen verschuldigd op grond van deze zorgverzekering;
- 7.5 vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae en/of de zorgverzekeraar;
- 7.6 (vergoeding van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij;
- 7.7 (vergoeding van) zorg 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.

Artikel 8 Klachten en geschillen

- 8.1 Klachten en geschillen over de uitvoering van de Mondiale Aevitae Zorgpolis kunnen aan de directie van Aevitae worden voorgelegd.

Artikel 9 Verzekerde prestaties

- 9.1 De verzekerde heeft aanspraak op zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.
- 9.2 Aevitae heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van artikel 12.3 en 12.4 jegens de zorgverzekeraar aanspraak kan maken, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.
- 9.3 Indien bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.

II Dekkings- en prestatiewijze

Geneeskundige zorg

Artikel 1 Huisartsenzorg

Omschrijving: geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek;

Door: huisarts.

Artikel 2 Verloskundige zorg

Omschrijving: verloskundige zorg zoals verloskundigen deze plegen te bieden, inclusief het gebruik van de verloskamer indien de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Door: verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

Artikel 3 Medisch specialistische zorg

Omschrijving: geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist;
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.

Geen aanspraak bestaat op:

- a behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie;
- c behandelingen gericht op circumcisie.

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja

Bijzonderheden:

- 1 onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt tevens verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg tot een maximum van 365 dagen;
- 2 Verpleging dient indien mogelijk vooraf of indien niet mogelijk binnen 24 uur gemeld te worden bij de hulpdienst. Zie voor het telefoonnummer de achterkant van uw zorgpas.

Artikel 4 Revalidatie

Omschrijving: geneeskundige zorg omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend indien en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Door: multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling, onder leiding van een medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 5 Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving: geneeskundige zorg als bedoeld) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde zal het onderzoek ook omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Artikel 6 In vitro fertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving: geneeskundige zorg omvat in vitro fertilisatie (IVF) slechts de eerste drie pogingen in vitro fertilisatie (ivf) per gerealiseerde zwangerschap.

Een poging omvat vier fasen:

- a rijping van eicellen door hormonale behandeling;
 - b het afnemen van eicellen (punctie);
 - c bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
 - d de terugplaatsing van een of meer ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.
- Een volledige poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van alle vier genoemde fasen. Een volledige poging kan echter ook bestaan uit fase b, c en d (indien gebruik wordt gemaakt van de natuurlijke cyclus), of een volledige poging kan bestaan uit uitsluitend fase d (indien gebruik wordt gemaakt van een bij een eerdere behandeling verkregen gecryopreserveerd embryo).

Door: gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door: gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden:

- 1 een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg ten behoeve van de donor;
- 2 onder een gerealiseerde zwangerschap, wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;
- 3 voor de aanspraak op geneesmiddelen die verband houden met de in vitro fertilisatie (IVF),.

6.1 Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving: geneeskundige zorg bevat behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie.

Door: gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

Er bestaat geen aanspraak op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.

Artikel 7 Audiologische zorg

Omschrijving: geneeskundige zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Door: audiologisch centrum of hiermee vergelijkbaar centrum

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 8 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving: geneeskundige zorg als bedoeld, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

- 1 afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- 2 verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- 3 verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- 4 aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5 de behandeling die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

Geen aanspraak bestaat op:

- a behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
- c het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de onder c bedoelde behandeling.

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.

Artikel 9 Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving: geneeskundige zorg (Medisch specialistische zorg) in verband met transplantatie van weefsels en organen, omvat uitsluitend:

- 1 beenmergtransplantatie;
- 2 bottransplantatie;
- 3 hoornvliestransplantatie;
- 4 huidweefseltransplantatie;
- 5 niertransplantatie;
- 6 harttransplantatie;
- 7 levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
- 8 longtransplantatie;
- 9 hartlongtransplantatie;
- 10 nierpancreastransplantatie.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opneming;
- e het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen het woonland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen het woonland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f het vervoer van en naar het woonland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in het woonland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de verzekerde in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten en de gederfde inkomsten.

Door: medisch specialist.

Machtiging: Vooraf door hulpdienst in overleg met de adviserend geneeskundige.

Paramedische Zorg

Artikel 10 Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving: zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden: Vergoed wordt maximaal 25 behandelingen tot een maximum van € 1.250,- per kalenderjaar.

Door: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf

Bijzonderheden:

- 1 met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

Artikel 11 Logopedie

Omschrijving: zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Door: logopedist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden:

met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Artikel 12 Ergotherapie

Omschrijving: zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen, tot ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar.

Door: ergotherapeut.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 13 Dieetadvisering

Omschrijving: voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot ten hoogste 4 behandelingen per kalenderjaar.

Door: diëtist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Mondzorg

Artikel 14 Tandheelkundige zorg

14.1 Omschrijving: zorg zoals tandartsen die plegen te bieden voor verzekerden jonger dan 18 jaar. De zorg omvat alle reguliere verrichtingen/ behandelingen met uitzondering van hetgeen bij de bijzonderheden is vermeld.

Door: tandarts of kaakchirurg.

Bijzonderheden: Geen vergoeding wordt verleend voor reguliere orthodontie, kroon- en brugwerk en implantaten. De behandeling mag niet onnodig kostbaar of uitsluitend cosmetisch van aard zijn.

14.2 Orthodontie

Wij vergoeden de kosten van orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar tot een maximum van € 2.270,00 en éénmalig € 1.135,00 voor verzekerden van 18 jaar en ouder, voor de gehele duur van de verzekering.

Uitsluiting

- 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.

14.3 Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving: zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- 1 indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- 2 indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
- 3 indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

De zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Orthodontische hulp is slechts begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Door: tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts of orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of kaakchirurg.

Eigen bijdrage: 25% van de kosten van de tandheelkundige implantaten en de suprastructuur.

Verwijzing door: tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Machtiging: ja. vooraf.

14.4 Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie)

Omschrijving: chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat.

Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

Door: kaakchirurg.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 15 Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Omschrijving: uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van € 750,- per prothese.

Door: tandarts, tandprotheticus of kaakchirurg.

Eigen bijdrage: 25% van de kosten van een prothetische voorziening.

Farmaceutische zorg

Artikel 16 Geneesmiddelen

Omschrijving: de aflevering van de in het woonland geregistreerde geneesmiddelen op voorschrift van een arts.

Geleverd door: apotheker of apothekhoudend huisarts.

Voorschrift: huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja, voor geneesmiddelen die per levering duurder zijn dan € 500,-.

Bijzonderheden:

farmaceutische zorg omvat geen:

- geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

Artikel 17 Dieetpreparaten

Omschrijving: polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Voorschrift: huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzondere voedingsmiddelen: wij vergoeden maximaal € 280,00 per verzekerde per kalenderjaar voor vloeibare voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen dan wel thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

Artikel 18 Hulpmiddelenzorg

Volledige vergoeding voor de kosten van de aanschaf, vervanging, correctie of herstel van de navolgende door de behandelend arts voorgeschreven medische hulpmiddelen in de meest eenvoudige uitvoering: prothesen voor arm, hand, schouder, been of voet; mammaprothesen; gelaatsprothesen; oogprothesen; orthesen voor romp, arm, voet, hoofd of hals; gehoorhulpmiddelen; verzorgingsmiddelen voor incontinentie- of stomapatiënten; pessaria; schoenvoorzieningen niet zijnde orthesen; pruik van synthetisch materiaal; injectiespuiten en -naalden; hulpmiddelen bij diabetes; loophulpen; elastische kousen; zuurstofapparatuur met toebehoren; tv-loupe; longvibrator; vernevelaar met misttent; uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn; apparatuur voor positieve uitademingsdruk; draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek schriftelijk van tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Machtiging: Ja, vooraf

Extra vergoeding hulpmiddelen

Wij vergoeden

- Voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte, € 230,00 1 keer per 2 kalenderjaren;
- Voor plakstrips bij een mammaprothese maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese;
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen € 30,00 eenmalig gedurende de gebruiksstermijn van de schoenen;
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, € 50,00 per kalenderjaar;
- Voor een plaswekker (wekapparatuur) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij maximaal € 50,00 eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering;
- Voor hulpmiddelen bij niet insuline afhankelijke diabetes € 45,00 per kalenderjaar;
- Voor overige hulpmiddelen: € 455,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van een aerochamber, buikband, steunzolen (orthopedisch schoenmaker), niet verstevigde braces;

Bijzonderheden:

- 1 de kosten van normaal gebruik zijn voor rekening van de verzekerde,
- 2 geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van herstel van schade aan het hulpmiddel als gevolg van toerekenbare onachtzaamheid of opzet van de verzekerde;

Verblijf in een instelling

Artikel 19 Verblijf

Omschrijving: medisch noodzakelijk verblijf gedurende het etmaal in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel.

Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen.

De medisch noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden:

voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen, worden onderbrekingen van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Machting: Indien mogelijk vooraf en in samenwerking met de hulpdienst.

Artikel 20 Kraamzorg

Omschrijving: verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Aanspraak op kraamzorg bestaat indien en zolang een medische en/of sociale indicatie bestaat dat kraamzorg noodzakelijk is. De vergoeding is gemaximeerd tot € 1.500,-.

Door: kraamverzorgenden

Bijzonderheden:

- 1 het kraamcentrum indiceert de noodzakelijke zorg en wijst op basis daarvan het aantal te realiseren zorguren toe, waarbij vergoeding wordt verleend over tenminste 24 uur tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen. Indicatiestelling vindt plaats aan de hand persoonlijke omstandigheden en in overleg met Aevitae.
- 2 voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 8 dagen) per dag in mindering gebracht; tot een maximum van € 150,- per dag.
- 3 indien bij combinatievormen van zorg door meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kosten in rekening worden gebracht, dan bestaat eveneens aanspraak op deze dubbele dag volgens bovengenoemde regeling;

Ziekenvervoer

Artikel 21 Ambulancevervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:

- 1 naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Mondiale Aevitae Zorgpolis komen;
- 2 naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
- 3 vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:
 - 3.1 een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 3.2 een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
- 4 naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.

Door: vergunninghoudende ambulancevervoerder.

Voorschrift: huisarts, verloskundige of medisch specialist. Voorschrift is niet noodzakelijk in spoedgevallen.

Bijzonderheden: indien Aevitae toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 22 Zittend ziekenvervoer

Omschrijving: ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 21, Ambulancevervoer, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- 1 naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Mondiale Aevitae Zorgpolis komen;
- 2 naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
- 3 vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:
 - 3.1 een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 3.2 een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
- 4 naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.

Indien het vervoer zoals aangegeven in dit artikel, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,25 per kilometer.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan Aevitae vervoer van twee begeleiders toestaan.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

- a de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;
- b de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
- e de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Door: taxivervoerder, indien de aanspraak ziekenvervoer per taxi is.

Eigen bijdrage: € 100,- per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

- 1 indien Aevitae toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet;
- 2 in gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan Aevitae toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Aevitae aan te geven vervoermiddel.

Overige Verstrekingen

Artikel 23 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de volledige kosten van: tot een maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben;
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheehoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet voldoen aan de kwaliteitseisen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn.

Artikel 24 Anticonceptie/Sterilisatie

Anticonceptie

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva: Nuva ring; Mirena (spiraaltje); implanon en de anticonceptiepil.

Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie in een ziekenhuis

Uitsluitingen:

- Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms;
- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 25 Buitenland Wereldwijd

a Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar woonland

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 een zorginstelling in Nederland;
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar het woonland.

Uitsluiting:

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van mede reizigers.

Voorwaarde voor vergoeding

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

b Vaccinaties en geneesmiddelen

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

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

Artikel 26 Eerstelijns psycholoog

Wij vergoeden de kosten van eerstelijns psychologische zorg tot maximaal € 455,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden van de vergoeding

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

Artikel 27 Huidbehandelingen

Wij vergoeden maximaal € 500,- voor alle huidbehandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Artikel 28 Preventie

Onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van 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.

Griepvaccinatie

Wij vergoeden jaarlijks eenmalig de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep.

Preventieve cursussen

Wij vergoeden € 150,00 per 2 kalenderjaren voor de kosten van preventieve cursussen. Wij geven de tegemoetkoming voor preventieve cursussen gericht op afvallen, stoppen met roken en hartproblemen.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Artikel 29 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie tot een maximum van € 1.000,- eenmalig gedurende de looptijd van de verzekerde.

Artikel 30 Voetbehandeling/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 en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen.

Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 70,00 per persoon per kalenderjaar.

III Aevitae Tandarts Pakketten

Wij vergoeden tandartskosten volgens de UPT-standaard.

Vergoeding inclusief techniekkosten wordt verleend tot het op uw zorgpolis vermelde maximale bedrag per verzekerde per jaar.

Uitsluiting

De kosten van onderstaande behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- Kosten die betrekking hebben op orthodontie;
- Uitwendig bleken, ongeacht het aantal elementen per kaak;
- Materialen voor thuisbleken;
- De kosten van implantaten, met uitzondering van boven- en onderprothese, onderprothese en bovenprothese;
- De kosten van een tandtechniker en/of tandtechnisch laboratorium;
- Niet nagekomen afspraak.

