

# Polisvoorwaarden 2018

## Aanvullende Verzekeringen

### Basic Pakket, Plus Pakket, Extra Pakket, Top Pakket, Vip Pakket

#### Inhoudsopgave

	pag.		pag.
<b>I Begripsomschrijvingen</b>	<b>2</b>	<b>III Vergoedingen</b>	<b>11</b>
<b>II Algemene voorwaarden</b>	<b>4</b>	Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	11
<b>Welkom bij IAK</b>	<b>4</b>	Artikel 2 Anticonceptie	11
Artikel 1 Verzekerde zorg	4	Artikel 3 Bijzondere voedingsmiddelen	12
Artikel 2 Algemene bepalingen	6	Artikel 4 Brillen en lenzen	12
Artikel 3 Betalingen	7	Artikel 5 Buitenland Wereldwijd	12
Artikel 4 Overige verplichtingen	8	Artikel 6 Diabetes testmaterialen	14
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	9	Artikel 7 Dieetadvisering	14
Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	9	Artikel 8 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	14
Artikel 7 Klachten en geschillen	10	Artikel 9 Gewichtscounselant	15
Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling	10	Artikel 10 Huidbehandelingen	15
		Artikel 11 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen	16
		Artikel 12 Kuuroorden	18
		Artikel 13 Ooglaseren	18
		Artikel 14 Orthodontie	18
		Artikel 15 Overgangscounselant	19
		Artikel 16 Plastische chirurgie	19
		Artikel 17 Plaswekker (wekapparatuur)	19
		Artikel 18 Preventie	19
		Artikel 19 Sterilisatie	22
		Artikel 20 Stottertherapie	22
		Artikel 21 Thuisbewakingsmonitor	22
		Artikel 22 Verblijf	22
		Artikel 23 Verloskunde en kraamzorg	23
		Artikel 24 Voetbehandeling/podotherapie	25

## I Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

### **Aanvullende verzekering(en)**

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

### **Aevitae**

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

### **Basisverzekering**

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

### **Centrum voor Bijzondere Tandheeskunde**

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

### **Collectieve overeenkomst**

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

### **EU- en EER-staat**

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

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

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

### **Fraude**

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

### **Gezin**

Één volwassene, dan wel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaftrek ingevolge de belastingwetgeving.

### **Instelling**

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

### **Kaakchirurg**

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

### **Kalenderjaar**

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

### **Medisch adviseur**

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

### **Medisch specialist**

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

### **Mondhygiënist**

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

### **Orthodontist**

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

**Polisblad**

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

**Tandarts**

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

**Tandprotheticus**

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

**Toestemming (machtiging)**

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

**U/uw**

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

**Verdragsland**

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

**Verzekeraar**

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

**Verzekerde**

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

**Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

**Wij/ons**

IAK.

**Wlz**

Wet langdurige zorg.

**Wmg-tarieven**

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

**Wmo**

Wet maatschappelijke ondersteuning.

**Zelfstandig behandelcentrum**

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

**Ziekenhuis**

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

**Zorgverlener**

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

**Zorgverzekeraar**

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

## II Algemene voorwaarden

### Welkom bij IAK

#### Artikel 1 Verzekerde zorg

##### 1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

##### 1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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

##### 1.2 Medische noodzaak

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

##### 1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

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

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

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

##### 1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

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

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

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

##### 1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

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

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

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

#### **1.6 Rechtstreekse betaling**

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

#### **1.7 Verrekening van kosten**

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

#### **1.8 Verwijzing, voorschrift of toestemming**

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

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

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

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

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

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

#### **1.9 Ontlenen recht**

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

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

#### **1.10 Uitsluitingen**

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

- 1.10.1** die verband houdt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan IAK. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 1.10.2** van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 1.10.3** die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 1.10.4** die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;

- 1.10.5 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2017, indien de verzekerde voor deze wet verzekerd is;
- 1.10.6 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening indien de verzekering bij IAK niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 1.10.7 waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet bent;
- 1.10.8 veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie;
- 1.10.9 veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- 1.10.10 of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van IAK.
- 1.11 Recht op (vergoeding van de kosten van) zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen**  
 Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

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

## Artikel 2 Algemene bepalingen

### 2.1 Grondslag van de verzekering

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

### 2.2 Aanvullende verzekering

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

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

### 2.3 Bijbehorende documenten

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

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

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

## 2.4 Fraude

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

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

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

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

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

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

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

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

## 2.5 Bescherming persoonsgegevens

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

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

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

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

## 2.6 Mededelingen

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

## 2.7 Bedenkperiode

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

## 2.8 Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

## Artikel 3 Betalingen

### 3.1 Verschuldigheid van premie

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

### **3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst**

- 3.2.1 De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2 Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

### **3.3 Betaling van premie, (wettelijk) eigen risico, wettelijke bijdragen en kosten**

- 3.3.1 U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2 Voor betaling per acceptgiro kunnen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening brengen.
- 3.3.3 U kunt ons toestemming verlenen voor automatische incasso voor de betaling van premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Voor het verlenen van toestemming voor automatische incasso van de premie enerzijds en van het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten anderzijds zijn twee aparte machtigingen benodigd.
- 3.3.4 Indien u ons heeft gemachtigd eventuele eigen risico of andere bedragen via automatische incasso van uw rekening af te schrijven, ontvangt u (verzekeringnemer) van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen enkele dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren.

### **3.4 Verrekening**

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

### **3.5 Niet-tijdig betalen**

- 3.5.1 Wanneer u de premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Betaalt u niet binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, dan kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervalddag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen.
- 3.5.2 Bij niet-tijdige betaling hebben wij tevens het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. De beëindigde aanvullende verzekeringen kunnen hervat worden zodra u de volledige premieachterstand heeft voldaan. Hiertoe dient u zelf, binnen één maand na betaling, een schriftelijk verzoek bij ons in te dienen. De dekking van de aanvullende verzekeringen gaat dan weer in vanaf de eerste dag van de maand volgend op de datum waarop wij van u de betaling hebben ontvangen. Indien uw verzoek de termijn van één maand na betaling overschrijdt, is de ingangsdatum van de aanvullende verzekeringen 1 januari van het volgende kalenderjaar. De aanvullende verzekeringen worden niet automatisch hervat als u hiervoor geen verzoek indient.
- 3.5.3 Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.5.4 Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.5 Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.5.6 Als wij de aanvullende verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

## **Artikel 4 Overige verplichtingen**

U bent verplicht:

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

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



## Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

### 5.1 Wijziging premie en voorwaarden

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

### 5.2 Opzeggingsrecht

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

## Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

### 6.1 Begin en duur

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

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

### 6.2 Acceptatie voor de aanvullende verzekering

#### 6.2.1 Zorgverzekering

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

#### 6.2.2 Gezinsdekking

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

#### 6.2.3 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. is van toepassing. De verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen dezelfde verzekeraar.

### 6.3 Einde van rechtswege

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

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

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

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

### 6.4 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

#### 6.4.1 Jaarlijks

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

#### 6.4.2 Tussentijds

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

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

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

#### 6.5 Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

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

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

### Artikel 7 Klachten en geschillen

#### 7.1 Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Zorgklachten.

7.1.1 U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan IAK Verzekeringen, t.a.v. Zorgklachten, Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven. Dit kan ook per e-mail aan [klachten@iak-zorg.nl](mailto:klachten@iak-zorg.nl). De afdeling Zorgklachten handelt namens de directie.

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

#### 7.2 Klachten over onze formulieren

7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan IAK Verzekeringen, t.a.v. Zorgklachten, Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven. Dit kan ook per e-mail aan [klachten@iak-zorg.nl](mailto:klachten@iak-zorg.nl).

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

### Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

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

## III Vergoedingen

### Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- 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 en voorkomen op de lijst Homeopathisch Geregistreerd Geneesmiddel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP);
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheehoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op [www.iak-zorg.nl](http://www.iak-zorg.nl).

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: Wij vergoeden € 300,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling
- Extra: Wij vergoeden € 350,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling
- Top: Wij vergoeden € 400,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling
- Vip: Wij vergoeden € 600,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling.

#### Uitsluiting

Er wordt geen vergoeding verleend voor laboratoriumonderzoek aangevraagd of uitgevoerd door een alternatief genezer of therapeut.

### Artikel 2 Anticonceptie

Wij vergoeden:

A de kosten van anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder (zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium) tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

B de eigen bijdrage voor de anticonceptiepil voor verzekerden jonger dan 21 jaar tot een maximum van € 50,00 per kalenderjaar

#### Voorwaarde voor vergoeding

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

#### Vergoeding

- Basic: A volledig en B
- Plus: A volledig en B
- Extra: A volledig en B
- Top: A volledig
- Vip: A volledig

### Artikel 3 Bijzondere voedingsmiddelen

Vloeibare voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen dan wel thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: geen vergoeding
- Vip: maximaal € 280,00 per verzekerde per kalenderjaar

### Artikel 4 Brillen en lenzen

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: verzekerden jonger dan 18 jaar: voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte € 100,00 per kalenderjaar
- Top: verzekerden jonger dan 18 jaar: voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte € 100,00 per kalenderjaar
- Vip: voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte € 200,00 een keer per 2 kalenderjaren

### Artikel 5 Buitenland Wereldwijd

#### A Onvoorziene zorg

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

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de basisverzekering. De te verlenen vergoeding vanuit dit artikel heeft een aanvullend karakter.

#### Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.

#### Vergoeding

- Basic: maximaal 200% van de in Nederland geldende gemiddelde tarieven
- Plus: maximaal 200% van de in Nederland geldende gemiddelde tarieven
- Extra: maximaal 200% van de in Nederland geldende gemiddelde tarieven
- Top: maximaal 200% van de in Nederland geldende gemiddelde tarieven
- Vip: volledig

#### B Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- De kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

### Uitsluiting

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

### Voorwaarde voor vergoeding

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

### Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.

### Vergoeding

- Basic: de vergoeding bedraagt maximaal € 3.500,00 per gebeurtenis. De vergoeding voor kosten van vervoer van stoffelijk overschot is gemaximeerd tot € 3.500,00
- Plus: de vergoeding bedraagt maximaal € 3.500,00 per gebeurtenis. De vergoeding voor kosten van vervoer van stoffelijk overschot is gemaximeerd tot € 3.500,00
- Extra: de vergoeding bedraagt maximaal € 5.000,00 per gebeurtenis. De vergoeding voor kosten van vervoer van stoffelijk overschot is gemaximeerd tot € 5.000,00
- Top: de vergoeding bedraagt maximaal € 7.000,00 per gebeurtenis. De vergoeding voor kosten van vervoer van stoffelijk overschot is gemaximeerd tot € 7.000,00
- Vip: volledig

## C Vaccinaties

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

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: maximaal € 200,00 per persoon per kalenderjaar
- Extra: maximaal € 220,00 per persoon per kalenderjaar
- Top: maximaal € 250,00 per persoon per kalenderjaar
- Vip: volledig

## D Aevitae Inentingsadvies

Aevitae verzekerden die naar het buitenland reizen, kunnen een advies inzake inenting krijgen. Daarnaast kunnen wij u doorverwijzen naar instanties waar de verzekerde de benodigde vaccinaties kan verkrijgen (rekening houdend met een maximale reisafstand). Voor nadere informatie over Aevitae inentingsadvies kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 32.

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: volledig
- Extra: volledig
- Top: volledig
- Vip: volledig

## E Aevitae Reisarts

De reisarts is een extra dienst waarbij Aevitae verzekerden vanuit het buitenland telefonisch contact kunnen opnemen met een Nederlands sprekende arts met vragen over de gezondheid. Voor spoedeisende hulp blijft de alarmcentrale het eerste aanspreekpunt. Voor nadere informatie over de Aevitae reisarts kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 33.

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: volledig
- Extra: volledig
- Top: volledig
- Vip: volledig

## Artikel 6 Diabetes testmaterialen

Als u diabetes mellitus type II hebt en geen gebruik maakt van insuline, dan kunt u tegen geringe bijbetaling diabetes testmaterialen bij onze voorkeursleveranciers bestellen.

Als u insuline gebruikt, dan krijgt u de diabetes testmaterialen vergoed vanuit de Zorgverzekering. Zie hiervoor ons Reglement hulpmiddelen.

### Voorwaarde voor vergoeding

De testmaterialen dienen geleverd te worden door onze voorkeursleveranciers. De voorkeursleveranciers kunt u vinden in de Zorggids op onze website.

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: een startpakket, eigen bijdrage € 10,00. Het startpakket bestaat uit: tien teststrips, tien lancetten, een prikpen en een bloedglucosemeter. Tevens vergoeden wij teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt een eigen bijdrage van € 15,00
- Extra: een startpakket, eigen bijdrage € 10,00. Het startpakket bestaat uit: tien teststrips, tien lancetten, een prikpen en een bloedglucosemeter. Tevens vergoeden wij teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt een eigen bijdrage van € 15,00
- Top: een startpakket, eigen bijdrage € 10,00. Het startpakket bestaat uit: tien teststrips, tien lancetten, een prikpen en een bloedglucosemeter. Tevens vergoeden wij teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt een eigen bijdrage van € 15,00
- Vip: een startpakket, eigen bijdrage € 10,00 en teststrips met lancetten, eigen bijdrage € 15,00 per 50 strips. Het startpakket bestaat uit: tien teststrips, tien lancetten, een prikpen en een bloedglucosemeter. Tevens hebt u recht op een extra vergoeding van € 45,00 per kalenderjaar.

## Artikel 7 Dieetadvisering

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

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: ten hoogste 2 behandeluren per kalenderjaar
- Extra: ten hoogste 3 behandeluren per kalenderjaar
- Top: ten hoogste 4 behandeluren per kalenderjaar
- Vip: ten hoogste 4 behandeluren per kalenderjaar

## Artikel 8 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden:

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

### Voorwaarden voor vergoeding

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

### Uitsluiting

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

#### Vergoeding

- Basic: maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar
- Plus: maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
- Extra: maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar
- Top: maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar
- Vip: maximaal 30 behandelingen per kalenderjaar

### Artikel 9 Gewichtconsulent

Voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen door een gewichtconsulent. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

#### Voorwaarde van de vergoeding

De consulent moet als praktiserend lid aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN)

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: maximaal € 50,00 per kalenderjaar
- Vip: maximaal € 100,00 per kalenderjaar

### Artikel 10 Huidbehandelingen

#### a Acnetherapie

##### Vergoeding

- Basic: € 100,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Plus: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Extra: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Top: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Vip: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient te geschieden door een huidtherapeute die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een schoonheidsspecialiste met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Acne.
- U moet een indicatie van de huidarts of huisarts aan ons overleggen.

#### B Camouflagetherapie

Wij vergoeden:

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

#### Vergoeding

- Basic: € 100,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Plus: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Extra: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Top: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Vip: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient te geschieden door een huidtherapeute die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een schoonheidsspecialiste met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Camouflage.
- U moet een indicatie van de huidarts of huisarts aan ons overleggen.

## C Elektrische epilatie/laserepilatie

Behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat of de hals.

### Vergoeding

- Basic: € 100,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Plus: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Extra: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Top: € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Vip: € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar

### Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient te geschieden door een huidtherapeute die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een schoonheidsspecialiste met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Elektrisch ontharen.
- U moet een indicatie van de huidarts of huisarts aan ons overleggen.

## D Oedeembehandeling

### Vergoeding

- Basic: maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar
- Plus: maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
- Extra: maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
- Top: maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
- Vip: maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar

### Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient te geschieden door een huidtherapeute die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH).
- U moet een indicatie van de huidarts of huisarts aan ons overleggen.

## E Psoriasisdagbehandeling

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

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: € 600,00 per 3 kalenderjaren
- Extra: € 600,00 per 3 kalenderjaren
- Top: € 600,00 per 3 kalenderjaren
- Vip: € 750,00 per 3 kalenderjaren

### Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een indicatie van de huidarts of huisarts aan ons overleggen.

## Artikel 11 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziektekostenverzekering. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

## A Batterijen ten behoeve van een hoortoestel

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: € 20,00 per kalenderjaar
- Vip: € 40,00 per kalenderjaar



- B Pruik**  
**Vergoeding**
- Basic: geen vergoeding
  - Plus: wij vergoeden de eigen bijdrage tot maximaal € 50,00 per kalenderjaar
  - Extra: wij vergoeden de eigen bijdrage tot maximaal € 70,00 per kalenderjaar
  - Top: wij vergoeden de eigen bijdrage tot maximaal € 100,00 per kalenderjaar
  - Vip: wij vergoeden de eigen bijdrage tot maximaal € 100,00 per kalenderjaar
- C Plakstrips bij een mammaprothese**  
**Vergoeding**
- Basic: geen vergoeding
  - Plus: maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese
  - Extra: maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese
  - Top: maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese
  - Vip: maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese
- D Reparatie en inspectie van orthopedische schoenen**  
**Vergoeding**
- Basic: geen vergoeding
  - Plus: € 30,00 eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen
  - Extra: € 30,00 eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen
  - Top: € 30,00 eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen
  - Vip: € 30,00 per kalenderjaar
- E Aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker**  
**Vergoeding**
- Basic: geen vergoeding
  - Plus: € 25,00 per kalenderjaar
  - Extra: € 25,00 per kalenderjaar
  - Top: € 50,00 per kalenderjaar
  - Vip: € 50,00 per kalenderjaar
- F Eigen bijdragen**  
**Vergoeding**
- Basic: geen vergoeding
  - Plus: geen vergoeding
  - Extra: Een budget van € 250,00 per kalenderjaar voor: de eigen bijdrage geneesmiddelen volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer en de eigen bijdrage hoortoestellen tot maximaal € 125,00 per hoortoestel, zoals u deze verschuldigd bent op grond van de Zorgverzekering.
  - Top: Een budget van € 500,00 per kalenderjaar voor: de eigen bijdrage geneesmiddelen volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer en de eigen bijdrage hoortoestellen tot maximaal € 185,00 per hoortoestel, zoals u deze verschuldigd bent op grond van de Zorgverzekering.
  - Vip: Een budget van € 1000,00 per kalenderjaar voor: de eigen bijdrage geneesmiddelen volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer en de eigen bijdrage hoortoestellen tot maximaal € 250,00 per hoortoestel, zoals u deze verschuldigd bent op grond van de Zorgverzekering.
- G Overige hulpmiddelen**  
**Vergoeding**
- Basic: geen vergoeding
  - Plus: geen vergoeding
  - Extra: geen vergoeding
  - Top: geen vergoeding
  - Vip: € 455,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van een buikband, steunzolen (orthopedisch schoenmaker) en braces voor kortdurend gebruik

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten van de eigen bijdragen alleen indien u recht heeft op vergoeding van het hulpmiddel vanuit de Regeling Hulpmiddelen;
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de hulpmiddelen worden aangeschaft bij en geleverd door een leverancier waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten voor hulpmiddelen.

### Artikel 12 Kuuroorden

Kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

#### Uitsluitingen

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

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: maximaal € 460,00 eenmaal per 2 kalenderjaren
- Vip: maximaal € 900,00 eenmaal per 2 kalenderjaren

### Artikel 13 Ooglaseren

#### Voorwaarde

De oogarts die de ooglaserberehandeling uitvoert moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NOG.

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: geen vergoeding
- Vip: maximaal € 500,00 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

### Artikel 14 Orthodontie

#### 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.

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: 80% voor verzekerden jonger dan 18 jaar
- Top: volledig voor verzekerden jonger dan 18 jaar
- Vip: volledig voor verzekerden jonger dan 18 jaar, voor verzekerden van 18 jaar en ouder eenmalig € 1.135,00

## Artikel 15 Overgangsconsulent

Voorlichting aan en advisering/behandeling van vrouwen in de overgang door een overgangsconsulent.

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: geen vergoeding
- Vip: 4 consulten tot ten hoogste € 40,00 per consult voor de gehele duur van de verzekering

## Artikel 16 Plastische chirurgie

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

### Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

### Vergoeding

- Basic: volledig
- Plus: volledig
- Extra: volledig
- Top: volledig
- Vip: volledig

## Artikel 17 Plaswekker (wekapparatuur)

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: volledig indien aangeschaft bij een gecontracteerd leverancier. Indien aangeschaft bij een niet-gecontracteerd leverancier bedraagt de vergoeding € 50,00 eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering
- Extra: volledig indien aangeschaft bij een gecontracteerd leverancier. Indien aangeschaft bij een niet-gecontracteerd leverancier bedraagt de vergoeding € 50,00 eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering
- Top: volledig indien aangeschaft bij een gecontracteerd leverancier. Indien aangeschaft bij een niet-gecontracteerd leverancier bedraagt de vergoeding € 50,00 eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering
- Vip: volledig indien aangeschaft bij een gecontracteerd leverancier. Indien aangeschaft bij een niet-gecontracteerd leverancier bedraagt de vergoeding € 50,00 eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering

## Artikel 18 Preventie

### A Leefstijltrainingen

Leefstijltraining bij een aanbieder naar keuze. 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 of medisch specialist.

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: maximaal € 100,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Extra: maximaal € 125,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Top: maximaal € 150,00 per verzekerde per kalenderjaar
- Vip: maximaal € 250,00 per verzekerde per kalenderjaar

## B Korting op fitness

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: eenmalig de inschrijfkosten tot maximaal € 25,00
- Extra: eenmalig de inschrijfkosten tot maximaal € 25,00
- Top: eenmalig de inschrijfkosten tot maximaal € 25,00
- Vip: eenmalig de inschrijfkosten tot maximaal € 25,00

## C Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden sportmedisch onderzoek en sportkeuringen in een sportmedische instelling.

### Voorwaarden

- De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de Federatie Sport Medische Instellingen.
- Er ligt geen zorgvraag aan ten grondslag.

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: maximaal € 114,00 één keer per 2 kalenderjaren voor consulten, keuringen of behandeling door een sportarts
- Extra: maximaal € 150,00 één keer per 2 kalenderjaren voor consulten, keuringen of behandeling door een sportarts
- Top: maximaal € 150,00 één keer per 2 kalenderjaren voor consulten, keuringen of behandeling door een sportarts
- Vip: maximaal € 200,00 één keer per 2 kalenderjaren voor consulten, keuringen of behandeling door een sportarts

## D SOA-preventie

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: jaarlijkse vergoeding tot € 50,00 voor de aanschaf van condooms. Eenmalige vergoeding voor de kosten van een SOA preventieconsult per jaar
- Extra: jaarlijkse vergoeding tot € 50,00 voor de aanschaf van condooms. Eenmalige vergoeding voor de kosten van een SOA preventieconsult per jaar
- Top: jaarlijkse vergoeding tot € 50,00 voor de aanschaf van condooms. Eenmalige vergoeding voor de kosten van een SOA preventieconsult per jaar
- Vip: jaarlijkse vergoeding tot € 50,00 voor de aanschaf van condooms. Eenmalige vergoeding voor de kosten van een SOA preventieconsult per jaar

## E Onderzoeken

De kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

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

En:

- electrocardiogrammen.

### Voorwaarde voor vergoeding

Een preventief onderzoek is een onderzoek dat zonder dat er sprake is van gezondheidsproblemen of klachten wordt uitgevoerd.

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: volledig
- Vip: volledig

## F Gezondheidstest

Integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies.

De basis test met een eigen bijdrage van € 25,00 omvat de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- visusonderzoek;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

De uitgebreide test met een eigen bijdrage van € 50,00 omvat naast de onderzoeken van de basis test:

- audiologische screening;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek.

**Door:**

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Gaat u naar een andere zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

**Bijzonderheden:**

U hebt geen recht op vergoeding van kosten voor:

- preventief medisch onderzoek naar kanker of andere ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is;
- preventief medisch onderzoek als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet;
- MRI-, CT-scans en zogenaamde total body scans.

Uit de nota moet blijken welke onderzoeken deel uitmaken van de gezondheidstest.

**Vergoeding**

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: geen vergoeding
- Vip: eenmaal per 2 kalenderjaren de basis test of de uitgebreide test

**G Griepvaccinatie**

**Vergoeding**

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: geen vergoeding
- Vip: wij vergoeden jaarlijks eenmalig de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep

**H Preventieve cursussen**

Een tegemoetkoming voor preventieve cursussen gericht op afvallen, stoppen met roken en hartproblemen.

**Voorwaarden voor vergoeding**

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

**Vergoeding**

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: geen vergoeding
- Vip: € 150,00 per 2 kalenderjaren

## Artikel 19 Sterilisatie

Behandeling in verband met sterilisatie in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

### Bijzonderheden

De zorg mag verleend worden door een medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een bevoegd huisarts.

### Uitsluitingen

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

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: volledig
- Vip: volledig

## Artikel 20 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie volgens de methodes Del Ferro, BOMA en Hausdörfer.

### Uitsluitingen

Verblijfskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

### Vergoeding

- Basic: maximaal € 350,00 per persoon voor de gehele duur van de verzekering
- Plus: maximaal € 350,00 per persoon voor de gehele duur van de verzekering
- Extra: maximaal € 650,00 per persoon voor de gehele duur van de verzekering
- Top: maximaal € 650,00 per persoon voor de gehele duur van de verzekering
- Vip: maximaal € 650,00 per persoon voor de gehele duur van de verzekering

## Artikel 21 Thuisbewakingsmonitor

### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: 24 maanden in bruikleen
- Vip: 24 maanden in bruikleen

### Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het systeem wordt geleverd door een leverancier waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

## Artikel 22 Verblijf

### A Herstellingsoorden

Opname in door de zorgverzekeraar gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg.

### Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: € 25,00 per dag gedurende ten hoogste 42 dagen per 3 kalenderjaren
- Vip: € 25,00 per dag gedurende ten hoogste 42 dagen per 3 kalenderjaren

#### **B Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar**

##### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: € 10,00 per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar
- Vip: € 10,00 per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar

#### **C Logieskosten**

De eigen bijdragen bij een noodzakelijk verblijf van ouders en eventuele partner in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een meeverzekerd kind of partner.

##### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: volledig
- Vip: volledig

### Artikel 23 Verloskunde en kraamzorg

#### **A Eigen bijdrage kraamzorg**

De eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

##### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: volledig
- Vip: volledig

#### **B Eigen bijdrage poliklinische bevalling**

##### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: 50% van de eigen bijdrage voor de kosten van poliklinische bevalling op niet-medische indicatie
- Vip: 100% van de eigen bijdrage voor de kosten van poliklinische bevalling op niet-medische indicatie

#### **C Vergoeding couveuse nazorg**

Couveuse nazorg in aansluiting op de opname van de pasgeborene.

##### Bijzonderheden

- 1 De aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren respectievelijk dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de zorgverzekering betrekking heeft;
- 2 De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: maximaal 12 uur couveuse nazorg in aansluiting op de opname van de pasgeborene
- Vip: maximaal 12 uur couveuse nazorg in aansluiting op de opname van de pasgeborene

#### D Nazorg moeder en pasgeborene

De zorg betreft ondersteuning van de moeder en/of het kind die vanwege medische complicaties, ontstaan tijdens of na de bevalling, binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning heeft kunnen ontvangen. De zorg omvat de verzorging van de moeder en de omgang met het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling
- Vip: maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling

#### E Kraamzorg bij adoptie

De zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden, evenals het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme.

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
- Vip: het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen

#### F Kraampakket

Een door de zorgverzekeraar, in overleg met verloskundigen, samengesteld kraampakket. Alleen vrouwelijke verzekerden die een kind verwachten kunnen aanspraak maken op deze vergoeding.

#### Bijzonderheden

De aanmelding voor kraamzorg en kraampakket dient uiterlijk 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden via telefoonnummer: 079 - 343 04 37.

#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: volledig
- Vip: volledig

#### G Lactatiekundige zorg

De kosten van lactatiekundige zorg voor hulp en advies bij borstvoeding. De vergoeding is maximaal € 75,00 per zwangerschap.

#### Bijzonderheden

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



#### Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Extra: geen vergoeding
- Top: maximaal € 75,00 per zwangerschap
- Vip: maximaal € 75,00 per zwangerschap

### Artikel 24 Voetbehandeling/podotherapie

#### A Voetbehandeling/podotherapie

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

#### Voorwaarde voor vergoeding

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

#### Vergoeding

- Basic: maximaal € 75,00 per persoon per kalenderjaar. Indien de steunzolen aangeschaft of gerepareerd worden via andere dan de hierboven genoemde zorgverleners, vergoeden wij de kosten tot maximaal € 50,00 per persoon per kalenderjaar.
- Plus: maximaal € 100,00 per persoon per kalenderjaar. Indien de steunzolen aangeschaft of gerepareerd worden via andere dan de hierboven genoemde zorgverleners, vergoeden wij de kosten tot maximaal € 75,00 per persoon per kalenderjaar.
- Extra: maximaal € 125,00 per persoon per kalenderjaar. Indien de steunzolen aangeschaft of gerepareerd worden via andere dan de hierboven genoemde zorgverleners, vergoeden wij de kosten tot maximaal € 100,00 per persoon per kalenderjaar.
- Top: maximaal € 250,00 per persoon per kalenderjaar. Indien de steunzolen aangeschaft of gerepareerd worden via andere dan de hierboven genoemde zorgverleners, vergoeden wij de kosten tot maximaal € 150,00 per persoon per kalenderjaar.
- Vip: maximaal € 500,00 per persoon per kalenderjaar. Indien de steunzolen aangeschaft of gerepareerd worden via andere dan de hierboven genoemde zorgverleners, vergoeden wij de kosten tot maximaal € 250,00 per persoon per kalenderjaar.

#### B Pedicurebehandeling

Wij vergoeden een pedicurebehandeling ten behoeve van diabetici en reumapatiënten.

#### Voorwaarde voor vergoeding

De pedicure moet met de kwalificatie 'Diabetische voet' (DV) en/of 'Reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

#### Vergoeding

- Basic: maximaal € 75,00 per kalenderjaar
- Plus: maximaal € 75,00 per kalenderjaar
- Extra: maximaal € 75,00 per kalenderjaar
- Top: maximaal € 75,00 per kalenderjaar
- Vip: maximaal € 150,00 per kalenderjaar