

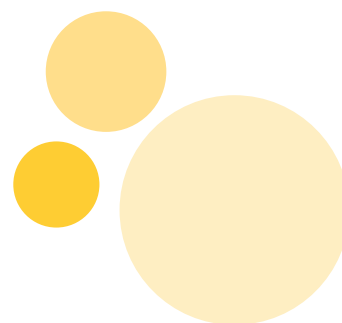
Polisvoorwaarden 2018

Aanvullende Verzekering ECT

ECT Verplicht

ECT 1

ECT 2



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I Begripsomschrijvingen	2	III Vergoedingen	14
II Algemene voorwaarden	7	Artikel 1 Preventie	14
Welkom bij Aevitae	7	Artikel 2 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg	15
Artikel 1 Verzekerde zorg	7	Artikel 3 Vervoer	16
Artikel 2 Algemene bepalingen	9	Artikel 4 Zorg in verband met de geboorte van een kind	17
Artikel 3 Betalingen	10	Artikel 5 Hulpmiddelen	17
Artikel 4 Overige verplichtingen	11	Artikel 6 Thuiszorg	20
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	12	Artikel 7 Paramedische zorg	20
Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	12	Artikel 8 Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen	21
Artikel 7 Klachten en geschillen	13	Artikel 9 Psychische hulpverlening	21
Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling	13	Artikel 10 Therapieën	22
		Artikel 11 Overige vergoedingen	23
		Artikel 12 Buitenland	25
		Artikel 13 Tandheelkundige zorg	26

I Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering(en)

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Aevitae

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

Apotheek

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

Apotheekhoudende

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

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

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

Basisverzekering

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

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

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

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor Bijzondere Tandheekunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Collectieve overeenkomst

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

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

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

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

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

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

Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRG) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

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

Instelling

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oefentherapeut

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

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

Polisblad

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

Preferente geneesmiddelen

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

Psychiater/zenuwarts

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

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

Seksuologisch hulpverlener

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

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

Sportkeuring

Dit betreft door de sportbond verplicht gestelde sportkeuringen voor beoefening van de betreffende sport of door de opleiding verplichte sportkeuring voor toelating tot (sport)opleiding.

Sportmedisch onderzoek

Verrichten van een (algemene en sportspecifieke) anamnese, lichamelijk onderzoek en (sportspecifiek/aanvullend) onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat, het cardiovasculair systeem en de longen om een gericht en verantwoord beweeg- en sportadvies aan (beginnende) sporters te kunnen geven. Er ligt geen zorgvraag aan ten grondslag.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Toestemming (machtiging)

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

U/uw

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verzekeraar

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Aevitae.

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.

Zorggroep

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

Zorghotel

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

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

II Algemene voorwaarden

Welkom bij Aevitae

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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

1.2 Medische noodzaak

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

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

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

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

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

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

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

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

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

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

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

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

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

1.6 Rechtstreekse betaling

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

1.7 Verrekening van kosten

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

1.8 Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

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

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

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

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

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

1.9 Ontlenen recht

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

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

1.10 Uitsluitingen

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

- 1.10.1** die verband houdt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan Aevitae. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of 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 Aevitae niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 1.10.7 waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet bent;
- 1.10.8 veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij;
- 1.10.9 veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder “kerninstallatie” wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- 1.10.10 of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae.
- 1.11 Recht op (vergoeding van de kosten van) zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen**
Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking 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 Aevitae een werknemers gerelateerde aanvullende verzekering hebt, dan gaat de vergoeding uit het werknemers gerelateerde pakket voor. U hebt in dat geval geen recht op (de vergoeding van de kosten van) deze zorg op grond van deze aanvullende verzekering.

2.3 Bijbehorende documenten

In deze 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 Aevitae of de zorgverzekeraar lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen sluiten binnen Aevitae of de zorgverzekeraar.

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5 Bescherming persoonsgegevens

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

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

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

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

2.6 Mededelingen

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

2.7 Bedenkperiode

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

2.8 Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Betalingen

3.1 Verschuldigdheid van premie

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

3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

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

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

- 3.3.1 U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2 Voor betaling per acceptgiro kunnen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening brengen.
- 3.3.3 U kunt ons toestemming verlenen voor automatische incasso voor de betaling van premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Voor het verlenen van toestemming voor automatische incasso van de premie enerzijds en van het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten anderzijds zijn twee aparte machtigingen benodigd.
- 3.3.4 Indien u Aevitae B.V. 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 premievervaldag 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 opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

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

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

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

Artikel 7 Klachten en geschillen

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

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

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

7.2 Klachten over onze formulieren

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

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

Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

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

III Vergoedingen

Artikel 1 Preventie

1.1 Preventieve vaccinaties

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van preventieve vaccinaties tegen griep en rode hond.

Pakket:

● ECT Verplicht	Volledige vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

1.2 Overige preventieve vaccinaties

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van preventieve vaccinaties tegen hondsdolheid, mazelen en hepatitis B. De kosten van cocktailvaccins komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien op grond van dit artikel alle componenten van de cocktail afzonderlijk vergoed zouden worden.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Ten hoogste 1 maal per verzekerde per kalenderjaar
● ECT 2	Ten hoogste 1 maal per verzekerde per kalenderjaar

1.3 Preventief onderzoek

Vergoed worden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van de vroege opsporing van:

- A prostaatkanker;
- B baarmoederhalskanker;
- C borstkanker;
- D hart- en vaatziekten (maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren).
- E cholestoroltest

Voorwaarde voor vergoeding

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

Pakket:

● ECT Verplicht	A	Eenmaal per twee kalenderjaren
	B t/m E	Geen vergoeding
● ECT 1	A	Geen vergoeding
	B t/m E	Volledige vergoeding.
● ECT 2	A	Geen vergoeding
	B t/m E	Volledige vergoeding.

1.4 Preventieve cursussen en voorlichting

Vergoed worden de kosten van preventieve cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de huidige levensstijl. Vergoed worden de kosten van preventieve cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening. De cursussen moeten zijn gegeven door een thuiszorgorganisatie, de GGD, de RIAGG of een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

Pakket:

● ECT Verplicht	Gezamenlijk tot ten hoogste €100,00 per verzekerde per kalenderjaar
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

1.5 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's).

Voorwaarde:

Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Pakket:

● ECT Verplicht	Volledige vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (bovenlimietprijs Geneesmiddelenvergoedingssysteem).

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel worden, ongeacht de leeftijd van de verzekerde, vergoed vanuit de basisverzekering.

1.6 Gezondheidstest

Integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat uit 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 gezondheidstest mag uitgebreid worden met:

- audiologische screening;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek.

Wie mag de zorg verlenen:

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.

Pakket:

● ECT Verplicht	Eenmaal per twee kalenderjaren óf een basis test met een eigen bijdrage van € 25,00 óf een uitgebreide test met een eigen bijdrage van € 50,00
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

Artikel 2 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

2.1 Sterilisatie

Vergoed worden de kosten van sterilisatie in een erkend ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of bij een daartoe gecontracteerde huisarts.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Volledige vergoeding
● ECT 2	Volledige vergoeding

In geval van sterilisatie van de man is de vergoeding gemaximeerd tot het tarief behorende bij een poliklinische ingreep. De kosten van het ongedaan maken van een kunstmatige sterilisatie komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.2 Correctie flaporen

Vergoed worden de kosten van correctie van flaporen in een erkend ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. De vergoeding kan alleen plaatsvinden indien de verzekerde op het moment van aanvang van de behandeling niet ouder is dan 16 jaar. Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. Aevitae kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Volledige vergoeding bij kinderen tot en met 16 jaar

Artikel 3 Vervoer

3.1 Kosten van vervoer

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van het vervoer naar en van een ziekenhuis of sanatorium in geval van opname aldaar;
- voor de kosten van het vervoer naar en van de plaats waar een behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- voor de kosten van het vervoer naar en van een revalidatiecentrum, audiologisch centrum of een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- voor de kosten van de eigen bijdrage die in rekening wordt gebracht op grond van de zorgverzekering.

Voor genoemde kosten komen voor vergoeding in aanmerking indien het vervoer verband houdt met een medische behandeling waarvoor de kosten geheel dan wel gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is. Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of behandelend specialist. Aevitae kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	€ 0,19 per kilometer voor vervoer per auto. Het gefactureerde bedrag voor taxivervoer
● ECT 2	€ 0,19 per kilometer voor vervoer per auto. Het gefactureerde bedrag voor taxivervoer

3.2 Taxivervoer woon-/werklocatie

Vergoed worden de kosten van taxivervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de werklocatie, voor zover vervoer per openbaar vervoer of eigen vervoer in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit niet mogelijk is. Het vervoer wordt verzorgd door een vervoerder met wie de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten. Het recht op vergoeding bestaat wanneer door de direct leidinggevende van de werknemer of personeelsfunctionaris van de werkgever tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. De machtiging wordt door Aevitae aan de werkgever verzonden.

Pakket:

● ECT Verplicht	Ten hoogste € 250,00 per verzekerde per kalenderjaar
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

3.3 Bezoekkosten zieke verzekerde

Vergoed worden de kosten van bezoek door de gezinsleden aan een verzekerde. Er wordt vergoeding verleend voor de vervoerskosten van maximaal 3 bezoeken per week, wanneer sprake is van opname langer dan 14 dagen in een ziekenhuis of revalidatiecentrum in Nederland waarbij de afstand van huis naar het ziekenhuis/revalidatiecentrum (enkele reis) minimaal 40 kilometer is. Per kilometer wordt € 0,12 vergoed. Indien met openbaar vervoer gereisd wordt, bedraagt de vergoeding 75% van de geldende tarieven voor openbaar vervoer op basis van 2e klasse.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Ja
● ECT 2	Ja

Artikel 4 Zorg in verband met de geboorte van een kind**4.1 Kraampakket**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op de verstrekking van een medisch kraampakket. Het pakket dient minimaal 4 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij Aevitae aangevraagd te worden en wordt ruim voor deze datum thuisbezorgd.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Ja

4.2 Eigen bijdrage kraamzorg

De eigen bijdrage per uur kraamzorg die de vrouwelijke verzekerde krachtens de Zorgverzekeringswet verschuldigd is, wordt vergoed.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Ja

4.3 Geboorte-uitkering

De vrouwelijke verzekerde heeft ten behoeve van het zelf regelen van kraamzorg recht op een uitkering.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	€ 160,00 per dag tot een maximum van 8 dagen onder aftrek van het aantal dagen dat vanwege de bevalling in het ziekenhuis is doorgebracht, waarbij de dag van opname en ontslag gelden als 1 dag.

Artikel 5 Hulpmiddelen

5.1 Steunzolen voor verzekerden vanaf 16 jaar

Onder steunzolen wordt verstaan: inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. De kosten van aanschaf en reparatie van steunzolen op voorschrift van een arts, medisch specialist of podotherapeut worden vergoed. De steunzolen mogen geleverd worden door:

- een orthopedisch schoenmaker;
- een orthopedisch instrumentenmaker;
- een orthesemaker;
- een podotherapeut;
- een registerpodoloog (aangesloten bij Stichting LOOP).

Pakket:

● ECT Verplicht	Eenmaal per 2 kalenderjaren
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

5.2 Steunzolen voor verzekerden tot 16 jaar

Onder steunzolen wordt verstaan: inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. De kosten van aanschaf en reparatie van steunzolen en inlays op voorschrift van een arts, medisch specialist of podotherapeut worden gedeeltelijk vergoed.

De steunzolen mogen geleverd worden door:

- een orthopedisch schoenmaker;
- een orthopedisch instrumentenmaker;
- een orthesemaker;
- een podotherapeut
- een registerpodoloog (aangesloten bij Stichting LOOP).

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	100% van de kosten, eenmaal per kalenderjaar

5.3 Eigen bijdrage orthopedische schoenen

De kosten van de eigen bijdrage van orthopedische schoenen na de verstrekking conform de Regeling Hulpmiddelen worden vergoed.

Pakket:

● ECT Verplicht	Tot 16 jaar tot ten hoogste € 25,00. Vanaf 16 jaar tot ten hoogste € 50,00
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

5.4 Eigen bijdrage overige hulpmiddelen

De kosten van de eigen bijdragen na de verstrekking conform de Regeling Hulpmiddelen worden met betrekking tot:

- pruiken tot ten hoogste € 70,00 vergoed;
- anti-decubitusmateriaal volledig vergoed;
- mammaprothese tot ten hoogste € 34,00 vergoed.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Ja
● ECT 2	Ja

5.5 Gezichtshulpmiddelen

Vergoed worden de kosten van contactlenzen of brillenglazen en montuur, verstrekt door een opticien/optiekketen.

Er wordt geen vergoeding verleend voor niet-optische middelen zoals lenzenvloeistof of brillenkokers, optische middelen niet op sterkte zoals zonnebrillen of contactlenzen op kleur, servicecontracten en verzekeringen met betrekking tot gezichtshulpmiddelen.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Tot ten hoogste € 95,00 per 2 kalenderjaren
● ECT 2	Tot ten hoogste € 95,00 per 2 kalenderjaren

5.6 Steunpessarium

Vergoeding van de kosten van een steunpessarium en het plaatsen daarvan.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Volledige vergoeding
● ECT 2	Volledige vergoeding

5.7 Plaswekker

Vergoed worden de huurkosten van een plaswekker per verzekerde voor maximaal 4 maanden gedurende de looptijd van de verzekering van een plaswekker. In plaats van de huurkosten worden de kosten van de aanschaf van een plaswekker vergoed.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Ja
● ECT 2	Ja

5.8 ADL hulpmiddelen (Algemeen Dagelijkse Verrichtingen)

Vergoeding van de kosten van ADL hulpmiddelen. Het hulpmiddel moet zijn voorgeschreven door de huisarts of behandelend specialist en er moet bij de verzekerde sprake zijn van een ernstige gewrichtsaandoening of neurologische stoornis van langdurige aard.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	75% tot ten hoogste € 70,00 per verzekerde per kalenderjaar
● ECT 2	75% tot ten hoogste € 70,00 per verzekerde per kalenderjaar

5.9 Thuisbewakingsmonitor

Vergoed worden de huurkosten van het medisch noodzakelijk gebruik van een bewakingsmonitor. Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de behandelend arts. Aevitae kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Voor een periode van ten hoogste 12 maanden
● ECT 2	Voor een periode van ten hoogste 12 maanden

5.10 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Vergoed worden voor een gelimiteerde periode de huurkosten van het gebruik van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendood. Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de kinderarts. Aevitae kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Ten hoogste 12 maanden

5.11 Plakstrips mammaprothese

Vergoed worden de kosten van plakstrips benodigd bij een mammaprothese.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Volledige vergoeding
● ECT 2	Volledige vergoeding

5.12 Eenvoudige loophulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van bruikleen of aanschaf van eenvoudige loophulpmiddelen zoals een vierpoot wandelstok, looprek, rollator en krukken.

Voorwaarde:

Het hulpmiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.

Pakket:

● ECT Verplicht	Volledige vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

Artikel 6 Thuiszorg**6.1 Huishoudelijke ondersteuning**

Vergoed worden de kosten van huishoudelijke ondersteuning die gericht is op het bevorderen van herstel van letsel en het voorkomen van verzuim bij calamiteiten in de gezinssituatie, wanneer sprake is van tijdelijke uitval wegens ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname van verzekerde zelf of van zijn/haar partner. Voorwaarde is dat herstel binnen 3 maanden te verwachten is. Tijdelijke uitval als gevolg van een chronische aandoening geeft geen recht op huishoudelijke ondersteuning.

Vergoeding van de kosten van huishoudelijke ondersteuning vindt plaats tot ten hoogste 30 uur per kalenderjaar, verdeeld in blokken van ten minste 3 uren per dag. De hulp dient ingepland te worden in een periode van maximaal 10 weken.

De huishoudelijke ondersteuning wordt geleverd op het woonadres van verzekerde en omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. De huishoudelijke ondersteuning wordt geleverd door een organisatie waarmee de verzekeraar een overeenkomst gesloten heeft en kan worden ingezet op werkdagen van 07.00 uur tot 20.00 uur met uitzondering van weekenden en feestdagen. Onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging. Huishoudelijke hulp wordt alleen geleverd in Nederland.

De huishoudelijke ondersteuning kan aangevraagd worden door de direct leidinggevende van de werknemer of een personeelsfunctionaris van de werkgever. De aanvraag moet voorzien zijn van:

- de naam, het adres en de woonplaats van de werknemer;
- het telefoonnummer waarop de werknemer bereikbaar is;
- de geboortedatum van de werknemer;
- het polisnummer van de werknemer;
- een korte beschrijving van de indicatie/situatie.

Pakket:

● ECT Verplicht	Ja
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

Artikel 7 Paramedische zorg**7.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en manuele therapie**

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. De zorg mag verleend worden door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut. Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vormen van fitness die ertoe strekken om de conditie door middel van training te bevorderen.

Pakket:

● ECT Verplicht	Volledige vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

7.2 Bewegingstherapie

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke bewegingstherapie. Hieronder wordt verstaan: chiropractie, osteopathie, haptotherapie, Egg Shell therapie, craniosacraaltherapie, antroposofische therapie en adem- en ontspanningstherapie (AOT) volgens de methode Van Dixhoorn. De zorg mag verleend worden door een chiropractor (D.C., Bsc, Msc), osteopaat (MRO, DO-MRO), haptotherapeut, manueel therapeut E.S.®, craniosacraaltherapeut, antroposofisch therapeut of adem- en ontspanningstherapeut.

Pakket:

● ECT Verplicht	Volledige vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

Artikel 8 Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen**8.1 Alternatieve geneeswijzen**

Vergoed worden de kosten van behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

Voorwaarden voor deze vergoeding:

- de behandeling wordt gegeven door een arts voor alternatieve geneeswijzen, of
- de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is, maar wel lid is van een beroepsvereniging die naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt, of
- de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is, maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Tot ten hoogste € 500,00 per verzekerde per kalenderjaar
● ECT 2	Tot ten hoogste € 500,00 per verzekerde per kalenderjaar

Uitsluiting

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

8.2 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Vergoed worden de kosten van door Vektis geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een arts of alternatief zorgverlener en moet zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend arts.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Volledige vergoeding
● ECT 2	Volledige vergoeding

Artikel 9 Psychische hulpverlening**9.1 Eerstelijns psychologische zorg**

Vergoed worden de kosten van eerstelijns psychologische zorg.

Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe, matig ernstige psychische en psychosociale problematiek. De eerstelijns psychologische zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog of klinisch psycholoog. Eerstelijns psychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zorg kan plaatsvinden in een als psychiatrisch ziekenhuis toegelaten instelling, een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

Pakket:

● ECT Verplicht	7 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste €60,00 per zitting
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

9.2 Seksuologische zorg

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke zorg zoals seksuologen die plegen te bieden op verwijzing van de huisarts of bedrijfsarts. De zorg richt zich binnen het vakgebied van de seksuologie zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies en ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Pakket:

● ECT Verplicht	4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,00 per zitting
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

Artikel 10 Therapieën**10.1 Ergotherapie**

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke ergotherapie verzorgd door een ergotherapeut op verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of behandelend specialist. De vergoeding geldt als aanvulling op hetgeen is bepaald in de zorgverzekering.

Pakket:

● ECT Verplicht	10 uren per kalenderjaar
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

10.2 Voetbehandelingen

Vergoed worden de kosten van behandelingen door:

- een podotherapeut, op verwijzing van huisarts of medisch specialist.
Hieronder wordt verstaan: behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;
- een pedicure, op verwijzing van huisarts of medisch specialist.
Hieronder wordt verstaan: voetverzorging voor verzekerden met diabetes mellitus, type I of II.

Pakket:

● ECT Verplicht	80%
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

10.3 Acnetherapie

Vergoed worden de kosten van de behandeling van een ernstige vorm van acne op voorschrift van de huisarts of medisch specialist. De behandeling wordt verzorgd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Tot ten hoogste € 115,00 per verzekerde per kalenderjaar
● ECT 2	Tot ten hoogste € 115,00 per verzekerde per kalenderjaar

10.4 Logopedie

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen logopedie voor verzekerden met dyslexie op verwijzing van de huisarts of behandelend specialist. De vergoeding geldt als aanvulling op hetgeen is bepaald in de zorgverzekering.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Volledige vergoeding
● ECT 2	Volledige vergoeding

10.5 Camouflagetherapie

Vergoed worden de kosten van de behandeling die gericht is op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, wijnvlekken en donkere of lichte vlekjes in de huid in geval van ernstige, blijvende ontsieringen van het gelaat en/of de hals op voorschrift van de huisarts of medisch specialist. De behandeling wordt verzorgd door een huidtherapeut of schoonheids-specialist.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Tot ten hoogste € 193,00 per verzekerde per kalenderjaar*
● ECT 2	Tot ten hoogste € 193,00 per verzekerde per kalenderjaar*

* Indien de maximale vergoeding genoten is, bestaat recht op vergoeding van 75% van de kosten van het volgen van camouflagelessen en de te gebruiken materialen.

10.6 Epilatie

Vergoed worden de kosten van de behandeling die gericht is op het definitief verwijderen van storende haargroei in het gelaat en/of de hals van een vrouwelijke verzekerde op voorschrift van de huisarts of medisch specialist. De behandeling wordt verzorgd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Tot ten hoogste € 570,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering
● ECT 2	Tot ten hoogste € 570,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering

10.7 Stottertherapie

Vergoed worden de kosten van stottertherapie. De therapie vindt plaats in een instituut dat zich specifiek heeft toegelegd op de methode Del Ferro, BOMA óf Hausdörfer.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	75% tot ten hoogste € 685,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering*
● ECT 2	75% tot ten hoogste € 685,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering*

* Bij intensieve therapie worden tevens de pensionkosten vergoed tot ten hoogste € 15,00 per behandeldag.

10.8 Manuele lymfedrainage

Vergoed worden de kosten van manuele lymfedrainage en/of littekenmassage tot ten hoogste het tarief dat gelijk is aan het door de verzekeraar overeengekomen tarief inzake behandelingen oedeemtherapie.

Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of behandelend specialist. Aevitae kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Ja
● ECT 2	Ja

10.9 Psoriasisdagbehandeling

Vergoed worden de kosten van dagbehandelingen gericht op het voorkomen en bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis. De behandeling vindt plaats in een dagbehandelingcentrum in verband met een ernstige vorm van psoriasis.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Maximaal 60 dagbehandelingen per verzekerde per kalenderjaar
● ECT 2	Maximaal 60 dagbehandelingen per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 11 Overige vergoedingen

11.1 Zorg door een overgangsconsulent

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

Pakket:

● ECT Verplicht	€ 40,00 per consult tot ten hoogste 8 consulten gedurende de looptijd van de verzekering
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

11.2 Dieetadvisering

Vergoed worden de kosten van dieetadvisering door een diëtist op verwijzing van een (tand)arts of specialist.

Pakket:

● ECT Verplicht	8 behandeluren per kalenderjaar
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

11.3 Voedingsvoorlichting

Vergoed worden de kosten van voedingsvoorlichting.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Tot ten hoogste € 115,00 per verzekerde per kalenderjaar
● ECT 2	Tot ten hoogste € 115,00 per verzekerde per kalenderjaar

11.4 Kinderopvang

Bij een verblijf langer dan drie aaneengesloten dagen van de verzekerde verzorgende ouder in een algemeen ziekenhuis in Nederland kan aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de kosten van opvang van kinderen jonger dan 14 jaar. Het recht op vergoeding geldt voor ten hoogste 3 maanden per ziekenhuisopname per kalenderjaar, gedurende ten hoogste 9 aaneengesloten uren per etmaal. Het recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang bestaat tot en met één dag na thuiskomst van de verzorgende ouder uit het ziekenhuis. Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten van kinderopvang in geval van opname in een ziekenhuis wegens bevalling, revalidatie of opname ten laste van de Wlz.

Pakket:

● ECT Verplicht	Ja
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

11.5 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.

Pakket:

● ECT	Verplicht ten hoogste € 200,00 per verzekerde per 2 kalenderjaren
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

11.6 Kuuroord

De kosten van vervoer naar, behandeling en verblijf in een door de verzekeraar erkend kuuroord worden gedeeltelijk vergoed. De vergoeding wordt verleend aan verzekerden met een ernstige vorm van reumatoïde artritis, artritis psoriatica of de ziekte van Bechterew. Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de reumatoloog. Aevitae kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	80% tot ten hoogste € 500,00
● ECT 2	80% tot ten hoogste € 500,00

11.7 Herstellingsoord

Vergoed worden de kosten van verblijf in een door de verzekeraar erkend herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. Het verblijf dient te zijn voorgeschreven door de behandelend arts. De gecontracteerde herstellingsoorden kunt u vinden op onze website.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	€ 35,00 per dag tot ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar
● ECT 2	€ 35,00 per dag tot ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar

11.8 Therapeutisch kamp

Vergoed worden de kosten van het verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische of gehandicapte jongeren tot 18 kalenderjaar. Het verblijf dient te zijn voorgeschreven door de behandelend arts.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	€ 7,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar
● ECT 2	€ 7,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar

11.9 Ronald McDonaldhuis of ander logeerhuis

Vergoed worden de kosten van verblijf van de ouders/verzorgers van een verzekerde jonger dan 18 jaar in een Ronald McDonaldhuis of ander logeerhuis, tijdens een medisch noodzakelijke opname van de verzekerde.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Tot ten hoogste € 12,00 per nacht
● ECT 2	Tot ten hoogste € 12,00 per nacht

11.10 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling

Vergoeding voor de kosten van nachtelijk verblijf in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling c.q. behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed Kliniek te Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam. Vergoed worden maximaal 15 overnachtingen.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Tot ten hoogste 75% per nacht per verzekerde
● ECT 2	Tot ten hoogste 75% per nacht per verzekerde

11.11 Eigen bijdrage geneesmiddelen

Vergoed wordt de eigen bijdrage zoals deze is vastgesteld in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Volledige vergoeding

Artikel 12 Buitenland

12.1 Spoedeisende hulp in het buitenland

Vergoed wordt de medisch noodzakelijke spoedeisende zorg en tandheelkundige zorg wegens een ziekte of een ongeval tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, zakenreis of studiedoeleinden. Uitsluitend de medisch noodzakelijke hulp die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, wordt vergoed voor zover het schadebedrag de vergoeding vanuit de hoofdverzekering te boven gaat. In geval van opname in een ziekenhuis wordt de vergoeding tevens beperkt tot de kosten van ten hoogste 365 verpleegdagen per ziektegeval. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.

Voorwaarden voor vergoeding:

- De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland.
- Verzekerde moet een ziekenhuisopname direct (laten) melden via de Aevitae Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Aevitae Alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- Spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland wordt vergoed tot ten hoogste € 275,00 per verzekerde per kalenderjaar.
- 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.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Ja
● ECT 2	Ja

12.2 Repatriëring en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

De verzekerde kan ter zake van ernstige ziekte of een ernstig ongeval voor hulp en advies onmiddellijk, voor rekening van de verzekeraar, contact opnemen met de Aevitae Alarmcentrale. Indien in overleg met de Alarmcentrale repatriëring noodzakelijk blijkt, draagt de Alarmcentrale zorg voor het vervoer van verzekerde naar een zorginstelling in Nederland, inclusief voorgeschreven medische begeleiding. In geval van overlijden van verzekerde draagt bovengenoemde organisatie zorg voor vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland. Indien en voor zover alle hiervoor genoemde kosten in overleg met de Alarmcentrale zijn gemaakt, komen deze, onder aftrek van besparingen, voor rekening van de verzekeraar.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Ja
● ECT 2	Ja

12.3 Preventieve geneesmiddelen en vaccinaties in verband met verblijf in het buitenland

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van tabletten tegen malaria en tyfus, alsmede voor de kosten van vaccinaties tegen DTP, cholera, gele koorts, tyfus, hepatitis A. De kosten van cocktailvaccins komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien op grond van dit artikel alle componenten van de cocktail afzonderlijk vergoed zouden worden.

Pakket:

● ECT Verplicht	Volledige vergoeding
● ECT 1	Geen vergoeding
● ECT 2	Geen vergoeding

Artikel 13 Tandheelkundige zorg

13.1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van tandheelkundige hulp door een tandarts.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Tot ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar
● ECT 2	Tot ten hoogste € 230,00 per kalenderjaar

13.2 Orthodontie

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van orthodontische zorg door een orthodontist of tandarts. Bijzonderheden:

- De betreffende zorg wordt niet vergoed indien deze wordt gedekt op grond van de zorgverzekering.
- De behandeling mag niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- De kosten van vervanging of reparatie na onzorgvuldig gebruik zijn uitgesloten van vergoeding.

Pakket:

● ECT Verplicht	Geen vergoeding
● ECT 1	Volledige vergoeding
● ECT 2	Volledige vergoeding