Postbus 2705 • 6401 DE Heerlen • T 088 - 35 35 763
Postbus 2296 • 5600 CG Eindhoven • T 088 - 35 35 764
www.aevitae.com • info@aevitae.com

Polisvoorwaarden 2018
Aevitae Aanvullende Verzekeringen

Basic – Plus – Top – Vip
Aevitae Ongevallen
Aevitae Reisbagage Zorg

Inhoudsopgave

		pag.
I	**Begripsomschrijvingen**	**2**
II	**Algemene voorwaarden**	**7**
Welkom bij Aevitae		**7**
Artikel 1	Verzekerde zorg	7
Artikel 2	Algemene bepalingen	9
Artikel 3	Betalingen	10
Artikel 4	Overige verplichtingen	11
Artikel 5	Wijziging premie en voorwaarden	12
Artikel 6	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	12
Artikel 7	Klachten en geschillen	13
Artikel 8	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	13

		pag.
III	**Vergoedingen**	**14**
Artikel 1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	14
Artikel 2	Anticonceptie	14
Artikel 3	Bijzondere voedingsmiddelen	14
Artikel 4	Brillen en lenzen	15
Artikel 5	Buitenland Wereldwijd	15
Artikel 6	Diabetes testmaterialen	16
Artikel 7	Dieetadvisering	17
Artikel 8	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	17
Artikel 9	Gewichtsconsulent	17
Artikel 10	Huidbehandelingen	18
Artikel 11	Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen	19
Artikel 12	Kuuroorden	20
Artikel 13	Ongevallendekking	20
Artikel 14	Ooglaseren	21
Artikel 15	Orthodontie	21
Artikel 16	Overgangsconsulent	21
Artikel 17	Plastische chirurgie	21
Artikel 18	Plaswekker (wekapparatuur)	22
Artikel 19	Preventie	22
Artikel 20	Reisbagagedekking	23
Artikel 21	Sterilisatie	24
Artikel 22	Stottertherapie	24

AEV-18180 (A)

pag.

Artikel 23 Thuisbewakingsmonitor 24
Artikel 24 Verblijf 24
Artikel 25 Verloskunde en kraamzorg 25
Artikel 26 Voetbehandeling/podotherapie 26

Aevitae Ongevallen **28**
Artikel 1 Begripsomschrijvingen 28
Artikel 2 Verwerking persoonsgegevens 28
Artikel 3 Kennisgeving 29
Artikel 4 Duur en einde van de verzekering 29
Artikel 5 Omschrijving van de dekking 29
Artikel 6 Aanpassingen 31
Artikel 7 Verplichtingen bij schade 31
Artikel 8 Uitsluitingen 32
Artikel 9 Vaststelling van uitkering en/of vergoedingen 33
Artikel 10 Verval van rechten 33
Artikel 11 Afstand van verhaal 34
Artikel 12 Toepasselijk recht 34
Artikel 13 Klachtenbehandeling 34
Artikel 14 Geschillenregeling 34
Artikel 15 Begrenzing dekking Terrorismeschade 34

pag.

Aevitae Reisbagage Zorg **37**

A Algemeen **37**
1 Wie zijn wij en wat mag je van ons verwachten? 37
2 Hoe wordt de schade vastgesteld en vergoed? 37
3 Wanneer vragen wij betaalde schade terug? 37
4 Meerdere verzekeringen 37
5 Kunnen wij de voorwaarden wijzigen? 37
6 Wanneer kunnen wij de verzekering stopzetten? 37
7 Wat doe je, als je een klacht hebt? 38
8 Privacy en persoonlijke gegevens 38

B Toelichting op de dekking **39**
1 Wie zijn verzekerd? 39
2 Vanaf wanneer ben je verzekerd? 39
3 Waar is de verzekering geldig? 39
4 Hoe lang mag de reis duren? 39
5 Wat verwachten wij van je? 39
6 Wat is nooit verzekerd? 39
7 Voorzichtig met je spullen omgaan 40
8 Begripsomschrijvingen 40

C Inhoud van de dekking **42**
1 Bagage 42
2 Schade aan vakantieverblijven. 43
3 Extra tijdens Wintersport 43

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

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

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

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

Dagbehandeling
Opname korter dan 24 uur.

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

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

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

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

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

EU- en EER-staat
Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.
Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.
De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

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

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

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

Geboortecentrum
Een bevalfacililiteit 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 lastenaftrek ingevolge de belastingwetgeving.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ketenzorg
Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

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

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

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

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

Laboratoriumonderzoek
Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist
Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
Medisch adviseur
De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.
Medisch specialist
Een arts die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
Mondhygiënist
Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.
Multidisciplinaire samenwerking
Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire 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 muiterij;
1.10.9 veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder “kerninstallatie” wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
1.10.10 of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae.

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

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

Artikel 2 Algemene bepalingen

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

2.2 Aanvullende verzekering
De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde aanvullende verzekering(en).
Deze 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 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 apotheekhoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.

Vergoeding
- ○ Basic: geen vergoeding
- ◔ Plus: Wij vergoeden € 300,00 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 eem 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 apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding
- ○ Basic: A volledig en B
- ◔ Plus: 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
- Top: geen vergoeding
- Vip: maximaal € 280,00 per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 4 Brillen en lenzen

Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- 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 Aevitae 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
- 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 ziekenhuis 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 Aevitae Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen 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
- 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
- Top: maximaal € 250,00 per persoon per kalenderjaar
- Vip: volledig

D Aevitae Inentingsadvies

Aevitae verzekerden die naar het buitenland reizen, kunnen een advies inzake inentingen krijgen. Voor nadere informatie over Aevitae inentingsadvies kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 32.

Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: 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
- 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
- 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
- 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
- Top: maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar
- Vip: maximaal 30 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 9 Gewichtsconsulent

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

Voorwaarde van de vergoeding

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

Vergoeding
- Basic: geen vergoeding
- Plus: 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- Top: € 50,00 per kalenderjaar
- Vip: € 50,00 per kalenderjaar

F **Eigen bijdragen**

Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: geen vergoeding
- Top: Een budget van € 500,00 per kalenderjaar voor: de eigen bijdrage geneesmiddelen volgens het Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (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 Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (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
- 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. Reiskosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als deze onderdeel zijn van de kuurreis.
- Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

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

Artikel 13 Ongevallendekking

Voorwaarden voor vergoeding

Voor de nadere voorwaarden van deze vergoeding verwijzen wij u naar bladzijde 28 van deze voorwaarden.

Vergoeding

- Basic: geen vergoeding
- Plus: in geval van overlijden € 12.500,00
  in geval van algehele blijvende invaliditeit ten hoogste € 25.000,00
- Top: in geval van overlijden € 12.500,00
  in geval van algehele blijvende invaliditeit ten hoogste € 25.000,00
- Vip: in geval van overlijden € 12.500,00
  in geval van algehele blijvende invaliditeit ten hoogste € 25.000,00

Artikel 14 Ooglaseren

Voorwaarde
De oogarts die de ooglaserbehandeling 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
- Top: geen vergoeding
- Vip: maximaal € 500,00 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 15 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
- 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 16 Overgangsconsulent

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

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

Artikel 17 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
- Top: volledig
- Vip: volledig

Artikel 18 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
- 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 19 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
- 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
- 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 en keuringen door een sportarts
- Top: maximaal € 150,00 één keer per 2 kalenderjaren voor consulten en keuringen door een sportarts
- Vip: maximaal € 200,00 één keer per 2 kalenderjaren voor consulten en keuringen 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
- 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;
- elektrocardiogrammen;
- ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

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
- 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.

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

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.

G Griepvaccinatie

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

Artikel 20 Reisbagagedekking

Voorwaarden voor vergoeding

Voor de nadere voorwaarden van deze vergoeding verwijzen wij u naar bladzijde 37 van deze voorwaarden.

Vergoeding
- Basic: geen vergoeding
- Plus: ten hoogste € 3.500,00 per reis
- Top: ten hoogste € 3.500,00 per reis
- Vip: ten hoogste € 3.500,00 per reis

Artikel 21 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
- Top: volledig
- Vip: volledig

Artikel 22 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
- 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 23 Thuisbewakingsmonitor

Vergoeding
- Basic: geen vergoeding
- Plus: 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 24 Verblijf

A **Herstellingsoorden**
Opname in door de zorgverzekeraar erkende gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg.

Voorwaarde voor vergoeding
Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

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

Artikel 25 Verloskunde en kraamzorg

A **Eigen bijdrage kraamzorg**
De eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

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

B **Eigen bijdrage poliklinische bevalling**

Vergoeding

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

Artikel 26 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.
- 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
- Top: maximaal € 75,00 per kalenderjaar
- Vip: maximaal € 150,00 per kalenderjaar

Aevitae Ongevallen

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Polisblad
Onder het polisblad wordt verstaan het blad met de gegevens en de nadere bepalingen omtrent de voorwaarden van de verzekering.

1.2 Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan en die als zodanig op het polisblad staat vermeld.

1.3 Verzekerde
Degene op wiens leven of gezondheid de verzekering is gesloten en die als zodanig op het polisblad wordt genoemd.

1.4 Begunstigde
Degene(n) aan wie de uitkering(en) en/of vergoeding(en) verschuldigd is/zijn.

1.5 Verzekeraar
Aevitae B.V. als gevolmachtigde van ACE European Group Limited

1.6 Gebeurtenis
Een voorval of een reeks met elkaar verband houdende voorvallen waarvan het plaatshebben bij het aangaan van de verzekering nog onzeker is en die schade in de zin van de verzekering veroorzaakt. Alle voorvallen van een reeks worden geacht te zijn ontstaan op het tijdstip waarop het eerste voorval is ontstaan.

1.7 Ongeval
Een plotselinge, ongewilde, van buiten komende, onmiddellijke gewelddadige inwerking op het lichaam van de verzekerde, welke rechtstreeks en uitsluitend oorzaak is van objectief geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat rechtstreeks de dood of de blijvende invaliditeit tot gevolg heeft.

1.8 Uitbreidingen
Met een ongeval worden gelijkgesteld:
a verbranding, bevriezing, blikseminslag, elektrische ontlading, zonnesteek;
b verdrinking, verstikking, binnenkrijgen van ziektekiemen door onvrijwillige val in water of in enige andere vloeibare of vaste stof;
c niet-bacteriële vergiftiging (niet zijnde virussen) voor zover niet toe te schrijven aan alcohol, verdovende, opwekkende, slaap- en geneesmiddelen, waaronder soft-en harddrugs;
d uitputting, verhongering of verdorsting als gevolg van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
e wondinfectie en bloedvergiftiging rechtstreeks verband houdend met een ongeval;
f miltvuur (antrax), ringvuur (trichofytie), ziekte van Bang (brucellose), sarcoptes-schurft, koepokken (vaccinia);
g verergering of complicaties van ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerste-hulpverlening of medische behandeling van ongevalsletsels;
h acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen /dampen van vaste of vloeibare stoffen (niet zijnde virussen of bacteriële ziektekiemen).

1.9 Blijvende invaliditeit
Een blijvend geheel of gedeeltelijk verlies of functieverlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde.

Artikel 2 Verwerking persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en het uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand en voorkoming en bestrijding van fraude. Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode “Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf“ van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kan opgevraagd worden bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag,NL.

Artikel 3 Kennisgeving

3.1 Kennisgevingen van de verzekeraar aan de verzekeringnemer kunnen worden gedaan aan het laatste bij de verzekeraar bekende adres, of aan het adres van de tussenpersoon via wiens bemiddeling de verzekering loopt. De verzekeringnemer kan zich er niet op beroepen dat de kennisgevingen hem zelf nimmer hebben bereikt.

3.2 Kennisgevingen door de verzekerde aan de verzekeraar kunnen schriftelijk worden gedaan aan het adres van de verzekeraar of aan het adres van de tussenpersoon via wiens bemiddeling de verzekering loopt. De verzekeringnemer blijft verantwoordelijk voor de correcte ontvangst van kennisgevingen door de verzekeraar. Kennisgevingen dienen derhalve bij voorkeur per aangetekende post te worden toegezonden.

Artikel 4 Duur en einde van de verzekering

4.1 **De verzekeraar kan de verzekering beëindigen door schriftelijke opzegging aan de verzekeringnemer:**

a met inachtneming van een opzegtermijn van één maand indien:
- de verzekeraar de verzekering op de contractvervaldatum niet wil verlengen

b met inachtneming van een opzegtermijn van één maand, indien:
- de verzekerde de voor hem uit de verzekering voortvloeiende verplichtingen niet of niet ten volle nakomt;

c direct, indien:
- in geval van schade de verzekerde opzettelijk een onvolledige of onjuiste opgave doet;

4.2 De verzekering eindigt automatisch dertig dagen nadat de verzekeringnemer in staat van faillissement verkeert of surséance van betaling heeft verkregen, tenzij de verzekeraar en de verzekeringnemer een afwijkende regeling zijn overeengekomen.

4.3 De verzekering eindigt automatisch bij beëindiging van de onlosmakelijk verbonden aanvullende zorgverzekering zoals vermeld op het polisblad.

4.4 De verzekering eindigt automatisch op 1 januari volgende op de dag waarop de verzekerde de leeftijd van tachtig jaar heeft bereikt.

Artikel 5 Omschrijving van de dekking

5.1 **Verzekeringsgebied**

De verzekering is van kracht in de gehele wereld.

5.2 **Ingeval van overlijden**

a Verzekerd bedrag

De verzekering geeft dekking tot het verzekerde bedrag ad € 12.500,00 wegens overlijden indien verzekerde als rechtstreeks gevolg van een binnen de geldigheidsduur van de verzekering overkomen ongeval binnen drie jaar na het ongeval overlijdt.

b Voorafgaande uitkering

Indien voor de verzekerde voor hetzelfde ongeval reeds een uitkering voor blijvende invaliditeit heeft plaatsgehad, zal deze uitkering op de uitkering wegens overlijden in mindering worden gebracht. Indien de uitkering wegens blijvende invaliditeit hoger is dan de in verband met het overlijden verschuldigde uitkering, wordt het meerdere door de Verzekeraar niet teruggevorderd.

5.3 **Ingeval van blijvende invaliditeit**

a Verzekerd bedrag

De verzekering geeft dekking voor een aan de mate van invaliditeit gerelateerd gedeelte van het verzekerde bedrag ad € 25.000,00 wegens blijvende invaliditeit indien verzekerde als rechtstreeks gevolg van een binnen de geldigheidsduur van de verzekering overkomen ongeval binnen drie jaar na het ongeval blijvend invalide wordt.

b In afwijking van het hierboven onder a. bepaalde wordt van het verzekerde bedrag uitgekeerd:

Bij:

het als gevolg van traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van de geïntegreerde complexe hogere hersenfuncties	100%
het als gevolg van traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van het vermogen tot taalgebruik	90%
algehele ongeneeslijke verlamming	100%

Bij algeheel verlies of functieverlies van:

de arm tot in het schoudergewricht	75%
de arm tot in het ellebooggewricht of tussen elleboog- en schoudergewricht	65%
de hand tot in het polsgewricht of de arm tussen pols- en ellebooggewricht	60%
de duim	25%
de wijsvinger	15%
de middelvinger	12%
de ringvinger of de pink	10%
het been tot in het heupgewricht	70%
het been tot in het kniegewricht of tussen knie- en heupgewricht	60%
de voet tot in het enkelgewricht of het been tussen enkel- en kniegewricht	50%
de grote teen	10%
iedere andere teen	5%
reuk	15%
smaak	5%
nier of milt	**10%**

Bij algeheel verlies van:

het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
Het gezichtsvermogen van één oog	30%
het gehoor van beide oren	50%
het gehoor van één oor	20%

c In geval van samengestelde vinger- of handletsels zal nimmer meer dan 60% worden uitgekeerd;

d in geval van gedeeltelijk verlies of gedeeltelijk functieverlies wordt van de hierboven onder b genoemde percentages een evenredig deel, met inachtneming van de meest recente normen van de American Medical Association (A.M.A.) en de meest recente richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, uitgekeerd;

e ter zake van blijvende invaliditeit als gevolg van meerdere aan de verzekerde overkomen, achtereenvolgende, ongevallen wordt nimmer meer uitgekeerd dan het voor blijvende invaliditeit verzekerde en op het polisblad genoemde verzekerde bedrag;

f indien de verzekeraar in geval van het algeheel verlies van het gezichtsvermogen van één oog reeds 30% van het verzekerde bedrag heeft uitgekeerd, zal in geval van algeheel verlies van het gezichtsvermogen van het tweede oog 70% worden uitgekeerd;

g indien de verzekeraar in geval van het algeheel verlies van het gehoor van één oor reeds 20% van het verzekerde bedrag heeft uitgekeerd, zal in geval van algeheel verlies van het gehoor van het tweede oor 30% worden uitgekeerd;

5.4 Vermindering uitkering

Indien reeds voor het ongeval enig lichaamsdeel, orgaan of functie geheel of gedeeltelijk verloren was, heeft evenredige vermindering van de uitkering plaats.

5.5 Beroep/bezigheden

Voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit blijven het beroep of de bezigheden van de verzekerde buiten beschouwing.

5.6 Whiplash

Ten aanzien van acceleratie/deceleratietrauma van de cervicale wervelkolom waarbij sprake is van klachten evenwel zonder objectieve verschijnselen en waarbij verder wordt voldaan aan de criteria van het postwhiplash syndroom zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, wordt bepaald dat hiervoor maximaal 5% van het verzekerd bedrag bij blijvende invaliditeit wordt uitgekeerd. Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuropsychologische testen of verstibulair onderzoek, zijn verkregen geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 5%.

5.7 Rentevergoeding

Indien de verzekerde recht heeft op uitkering wegens blijvende invaliditeit en de omvang van de uitkering niet binnen 2 jaar nadat het ongeval bij de verzekeraar is gemeld, kan worden vastgesteld en indien en voor zover de verzekerde de in artikel 7 omschreven verplichtingen is nagekomen en dat blijft doen, verhoogt de verzekeraar de uitkering met een rente gelijk aan wettelijke rente vanaf de datum van het verstrijken van deze periode tot het tijdstip waarop de omvang van de uitkering door de verzekeraar is vastgesteld.

Artikel 6 Aanpassingen

De verzekeraar heeft het recht tussentijds de voorwaarden van de verzekering en bloc aan te passen. Verzekeraar zal verzekerde hierover schriftelijk informeren.

Artikel 7 Verplichtingen bij schade

7.1 De verzekerde is verplicht in geval van een gebeurtenis waarvan de financiële gevolgen ten laste van de verzekeraar (kunnen) komen:

a daarvan de verzekeraar direct in kennis te stellen en een daarvoor bestemd volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier in te zenden onder overlegging van alle bescheiden;
b de verzekeraar zoveel mogelijk te ondersteunen in het leveren van bewijs dat tot opheldering van de toedracht van de gebeurtenis dient;
c het ontstaan of verergeren van schade zoveel mogelijk te beperken;
d de verzekeraar te machtigen om, indien dat wenselijk is, schade-experts of andere deskundigen in te schakelen;

7.2 Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde is verplicht in geval van een ongeval:

a zich direct onder geneeskundige behandeling te (doen) stellen en alles in het werk te stellen om een spoedige genezing te bevorderen;
b hiervan de Verzekeraar in kennis te stellen en wel zo spoedig mogelijk na het ongeval, uiterlijk binnen 14 dagen, onder overlegging van alle bescheiden;
c zich op kosten van de verzekeraar door een door de verzekeraar aangewezen arts te doen onderzoeken;
d zich op kosten van de verzekeraar voor een onderzoek te doen opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische inrichting;
e de verzekeraar direct in kennis te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel;
f alle door de verzekeraar gewenste gegevens te verstrekken;
g geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de uitkering en/of vergoedingen van belang zijn;
h de verzekeraar te machtigen bij derden inlichtingen in te winnen.

7.3 Verplichtingen van de erfgenamen

De wettige erfgenamen zijn verplicht in geval van een ongeval:

a waardoor direct levensgevaar voor de verzekerde bestaat, direct mededeling aan de verzekeraar te doen;
b waardoor de verzekerde is overleden, direct uiterlijk binnen 48 uur mededeling aan de verzekeraar te doen (bij voorkeur telefonisch of per faxbericht);
c hun toestemming en medewerking te verlenen tot het nemen van alle maatregelen die de verzekeraar nodig acht ter vaststelling van de doodsoorzaak, waaronder sectie en exhumatie;
d alle door de verzekeraar gewenste gegevens te verstrekken;
e geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de uitkering van belang zijn;
f de verzekeraar te machtigen bij derden inlichtingen in te winnen;
g alles in het werk te stellen om gevolgen van het ongeval te beperken.

Indien de in dit artikel genoemde verplichtingen niet worden nagekomen, vervalt ieder recht op uitkering.

Artikel 8 Uitsluitingen

8.1 Uitgesloten zijn ongevallen die de verzekerde zijn overkomen:

a door opzet of met goedvinden van de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende. Voor zelfverminking, zelfmoord of een poging daartoe bestaat geen dekking, ongeacht of verzekerde bij het uitvoeren van zijn voornemen al dan niet toerekeningsvatbaar is;

b bij vechtpartijen of waagstukken anders dan tot rechtmatige (zelf)verdediging, redding of behoud van personen, dieren of goederen;

c door ziekte of door geneeskundige behandeling met inbegrip van elke vorm van bestraling, tenzij zodanige behandeling of bestraling plaats had in verband met een ongeval of ongevalsgevolg, waarvoor door de verzekeraar op grond van deze polis uitkering werd of wordt verleend;

d door het plegen van of de deelneming aan een misdrijf of een poging daartoe;

e door gebruik van alcohol, of door geneesmiddelen, verdovende, slaap-, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder soft-en harddrugs;

f bij deelname aan of de voorbereiding tot snelheids-, record-, prestatie- en betrouwbaarheidswedstrijden met motorrijtuigen en motorvaartuigen;

g tijdens deelneming aan beroepssport;h bij voorbereiding tot of deelname aan gevechtssporten, dan wel wedstrijden met motorrijtuigen, rijwielen, paarden, ski-, slede-, ijshockey-, skelter- of rugbywedstrijden of tijdens berg- of gletschertochten die in de regel niet zonder gids worden ondernomen of ontdekkingsreizen;

i tijdens het beoefenen van enige gevaarlijke sport zoals bijvoorbeeld abseilen, bungee- of basejumping. Een sport dient als gevaarlijk te worden aangemerkt, indien dat naar maatschappelijke normen, ter beoordeling van een scheidsman, als zodanig wordt beschouwd;

j ten gevolge van deelneming aan luchtvaart anders dan als passagier die rechtmatig verblijft in een voor passagiersvervoer ingericht luchtvaartuig, terwijl dit voor burgerlijk luchtverkeer wordt gebruikt;

k als amateur-zweefvlieger of als passagier van een zweefvliegtuig, tenzij wordt deelgenomen aan het burgerlijk luchtverkeer en het vliegtuig wordt bediend door een piloot die in het bezit is van een geldig zweefvliegbrevet;

l tijdens of door de beoefening van onderwatersport waarbij gebruik wordt gemaakt van zogenoemde “onderwaterapparatuur”;

m doordat verzekerde als bestuurder van een motorrijtuig onder invloed is van bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder alcoholhoudende drank, soft-en harddrugs, tenzij verzekerde of de begunstigde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen het ongeval en het gebruik van genoemde middelen;

n veroorzaakt door of ontstaan uit molest, zijnde:
- een gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of minstens de een de ander, met militaire machtsmiddelen bestrijden. Het gewapend optreden van militaire eenheden onder de verantwoordelijkheid van internationale organisaties, zoals de Verenigde Naties, de Noord Atlantische Verdrags Organisatie of de West-Europese Unie, wordt ook hieronder verstaan;
- een burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van dezelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
- een opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, dat gericht is tegen het openbaar gezag;
- binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen die zich op verschillende plaatsen binnen een staat voordoen;
- een oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging die gericht is tegen het openbaar gezag;
- muiterij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van een gewapende macht, waarbij de beweging gericht is tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

o veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiende uit atoomkernreacties, onverschillig hoe de reactie is ontstaan. Onder atoomkernreacties is te verstaan elke kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplijting en kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve stoffen, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden voor of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden. Voorwaarde daarbij is wel dat een bevoegde overheid een vergunning heeft afgegeven voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. De uitsluiting blijft echter van kracht voor zover op basis van een wet of verdrag een derde aansprakelijk is voor de geleden schade. Onder ‘kerninstallatie’ wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;

p terwijl de verzekering nietig is;

q door juiste of onjuiste uitvoering van een last of een verordening tijdens enige in artikel 8.1.n bedoelde toestand of handeling.

8.2 Uitgesloten omstandigheden

uitgesloten zijn ongevallen waarbij verzekerde:

a een verplichting niet nakomt, waardoor de belangen van de verzekeraar zijn of worden geschaad;

b opzettelijk een onvolledige of onjuiste opgave doet;

8.3 Niet verzekerd

De verzekering dekt niet het ontstaan of de verergering van een ingewandsbreuk (hernia) of tussenwervelschijfletsel (hernia nuclei pulposi).

Artikel 9 Vaststelling van uitkering en/of vergoedingen

9.1 Recht op uitkering

De aanspraak op uitkering wordt door de verzekeraar beoordeeld aan de hand van de gegevens van door hem aan te wijzen medische en andere deskundigen.

9.2 Overlijden

De uitkering wegens overlijden wordt vastgesteld zodra het onderzoek naar het ongeval, de doodsoorzaak en het verband tussen beiden door de verzekeraar is afgesloten.

9.3 Blijvende invaliditeit

a De uitkering wegens blijvende invaliditeit wordt vastgesteld, zodra:
   1 een blijvende toestand is ingetreden;
   2 zesendertig maanden na het ongeval zijn verstreken

b Indien de verzekerde overlijdt voordat de mate van invaliditeit is vastgesteld, bestaat geen recht op uitkering, tenzij het overlijden geen rechtstreeks en onmiddellijk gevolg is van het ongeval, in welk geval de mate van invaliditeit wordt vastgesteld aan de hand van de aan de verzekeraar laatst bekende gegevens en de uitkering wordt gefixeerd ter grootte van de uitkering die vermoedelijk zou zijn bepaald, indien de verzekerde niet was overleden.

9.4 Vaststelling van de uitkering

a Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt nimmer rekening gehouden met de psychische reactie op het ongeval of het daardoor veroorzaakte lichamelijk letsel of blijvende invaliditeit, ook al zou bedoelde psychische reactie op zichzelf in enige mate blijvende invaliditeit tot gevolg kunnen hebben.

b De vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit zal in Nederland plaatsvinden, ook al is een verzekerde na het ongeval, of was verzekerde ten tijde van het ongeval al in het buitenland. De verzekerde zal in dat geval op eigen kosten naar Nederland terug dienen te komen ter vaststelling van de definitieve mate van blijvende invaliditeit. Voldoet verzekerde hieraan niet, dan vervalt daarmee zijn recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

9.5 Maximale uitkering

Het totaal van de uitkeringen, inclusief een rente gelijk aan de wettelijke rente, in geval van blijvende invaliditeit of overlijden
zal nooit meer bedragen dan het op het polisblad vermelde verzekerde bedrag.

9.6 Begunstiging bij overlijden

Wanneer verzekerde overlijdt ten gevolge van een ongeval, wordt de uitkering betaald aan zijn wettige erfgenamen. Zij moeten een verklaring van erfrecht overleggen. Maar wanneer verzekerde bij het afsluiten van zijn verzekering heeft opgegeven wie zijn overlijdensuitkering moet(en) ontvangen, gaat de uitkering naar deze rechthebbende(n). Geen aanspraak op de uitkering hebben de Staat der Nederlanden en schuldeisers die geen erfgenamen zijn.

9.7 Geen overdracht

De vordering van de begunstigde jegens de verzekeraar ter zake van de uitkering bij overlijden is niet vatbaar voor overdracht aan derden.

Artikel 10 Verval van rechten

Onverminderd het in deze polisvoorwaarden bepaalde, vervalt ieder recht op uitkering zonder meer, indien de kennisgeving of mededeling op grond van artikel 7 later geschiedt dan 36 maanden nadat het ongeval heeft plaatsgevonden.

Artikel 11 Afstand van verhaal

De verzekeraar doet afstand van het recht om schade, met inbegrip van de ter zake gemaakte kosten, te verhalen op die verzekerden voor wie ter zake van de gebeurtenis, waarvoor de verzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden schadevergoeding verschuldigd is, de verzekering dekking geeft.

Artikel 12 Toepasselijk recht

Op de verzekeringsovereenkomsten is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 13 Klachtenbehandeling

- Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van Aevitae.
- Wanneer het oordeel hiervan voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot het Klachteninsituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900 - 355 22 48.
- Wanneer u geen gebruik wilt maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden of u vindt de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend, kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

Artikel 14 Geschillenregeling

Indien tussen de verzekeraar en verzekeringnemer verschil van opvatting ontstaat: a over de uitleg en toepassing van de verzekeringsvoorwaarden, of b over de vraag of een gebeurtenis al dan niet door de verzekering is gedekt, is de verzekeraar verplicht zijn standpunt schriftelijk en gemotiveerd aan de verzekeringnemer kenbaar te maken. De verzekeringnemer kan binnen twee maanden na dagtekening van het schrijven van de verzekeraar schriftelijk en gemotiveerd bezwaar maken. De verzekeraar is verplicht op het bezwaarschrift van de verzekeringnemer uiterlijk binnen twee maanden na het indienen ervan schriftelijk en gemotiveerd te antwoorden. Blijft de verzekeringnemer met de verzekeraar van mening verschillen, dan zal de verzekeraar op verzoek van de verzekeringnemer, mits binnen één maand na dagtekening van het laatste schrijven van de verzekeraar ingediend, het geschil voorleggen aan een in overleg met de verzekeringnemer aan te wijzen advocaat. De kosten van het advies van de aangewezen advocaat komen voor rekening van de verzekeraar. De verzekeraar conformeert zich op voorhand aan dit advies. Indien de verzekeringnemer zich met het advies niet kan verenigen, kan hij het geschil alsnog voorleggen aan de rechter. Indien de verzekeringnemer door de rechter alsnog in het gelijk wordt gesteld en het vonnis in kracht van gewijsde is gegaan, zal de verzekeraar de gemaakte externe kosten vergoeden, alsmede een rente gelijk aan de wettelijke rente.

Artikel 15 Begrenzing dekking Terrorismeschade

Naast de specifieke uitsluitingen als nader in de verzekeringsvoorwaarden omschreven is de dekking voor het terrorismerisico begrensd.

15.1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze voorwaarden en de daarop berustende bepalingen wordt – voor zover niet anders blijkt – verstaan onder:

a Terrorisme: gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

b Kwaadwillige besmetting: het – buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

c Preventieve maatregelen: van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

d Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT): een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in dit artikel onder lid a, b en c omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

e Verzekeringsovereenkomsten:
1 Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder "staat waar het risico is gelegen" van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
2 Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
3 Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

f In Nederland toegelaten verzekeraars:
Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

15.2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

a Indien en voor zover, met inachtneming van de in dit artikel onder lid 1.a, 1.b en 1.c gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:
1 terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen;
2 handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

b hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

c De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar.
Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen. d In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:
1 schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
2 gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in dit artikel onder lid 1.f tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.
Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

15.3 Uitkeringsprotocol NHT

a Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

b De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

c Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in dit artikel onder lid 3.a bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

d De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van deze voorwaarden wordt beschouwd.

Aevitae Reisbagage Zorg

A Algemeen

1 Wie zijn wij en wat mag je van ons verwachten?

Wij zijn Aevitae B.V. gevolmachtigde van AWP P&C SA. AWP P&C SA handelt ook onder de naam Allianz Global Assistance. Het adres van Allianz Global Assistance is Poeldijkstraat 4, 1059 VM Amsterdam.

2 Hoe wordt de schade vastgesteld en vergoed?

- Je hoort zo snel mogelijk van ons of wij de schade vergoeden. En hoeveel de vergoeding bedraagt. De reactietermijnen vind je op onze website.
- Vul het schadeformulier volledig en naar waarheid in. Zo kunnen wij de schade goed vaststellen.
- Je moet in het bezit zijn van de originele rekeningen. Die kunnen wij namelijk bij je opvragen als bewijs.
- Vergoeden wij schade aan een verzekerd object? Dan mogen wij van je vragen dat je het eigendom aan ons overdraagt.

3 Wanneer vragen wij betaalde schade terug?

Wij vragen een schadevergoeding terug in de volgende gevallen:
- Is een ander aansprakelijk voor jouw schade? Dan hebben wij het recht om de schadevergoeding die we hebben betaald, terug te vragen aan die ander.
- Komen wij er achteraf achter dat een schade toch niet verzekerd is? Dan mogen wij de vergoeding terugvragen.

4 Meerdere verzekeringen

- Heb je recht op een vergoeding op basis van een andere verzekering, wet of regeling?
  - Dan krijg je via onze verzekering geen vergoeding;
  - We vergoeden wel de schade die niet door de andere verzekering, wet of regeling wordt betaald;
  - Voor een uitkering bij overlijden en/of invaliditeit door een ongeval geldt deze beperking niet;
  - Als wij toch op jouw verzoek schade vergoeden of kosten vooruitbetalen, draag je op dat moment je recht op vergoeding uit een andere verzekering, wet of regeling aan ons over.
- Heb je bij ons meerdere verzekeringen afgesloten voor hetzelfde risico? Dan krijg je via deze verzekering geen vergoediing.

5 Kunnen wij de voorwaarden wijzigen?

- Wij kunnen de voorwaarden wijzigen. Als wij dat doen, hoor je dat minimaal dertig dagen van te voren.

6 Wanneer kunnen wij de verzekering stopzetten?

Wij zetten de verzekering stop, als je:
- de hiermee verbonden zorgverzekering stopt.
- ons hebt misleid doordat je niet eerlijk of volledig bent geweest toen je de verzekering afsloot;
- bij schade expres een onjuiste voorstelling van zaken hebt gegeven;
- veel of onduidelijke schades meldt. Wij bekijken dan eerst wat de oorzaken zijn en of die in de toekomst voorkomen kunnen worden. Schatten wij in dat dit niet kan? Of wil je niet meewerken? Dan kunnen wij de verzekering beëindigen met een opzegtermijn van twee maanden. Je krijgt daarover een brief;
- hebt gefraudeerd, of ons opgelicht of bedrogen. Je krijgt daarover een brief. De verzekering eindigt op de datum die op die brief staat.

7 Wat doe je, als je een klacht hebt?

Heb je een klacht? Neem dan contact met ons op. Kom je er met onze medewerker niet uit? Dan kun je de klacht indienen bij onze directie. Ben je daarna niet tevreden over onze oplossing, leg de klacht dan voor aan de rechter. Of aan het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (www.kifid.nl). Het adres is: Postbus 93257, 2509 AG Den Haag. Je kunt ook bellen: 070-333 8 999. Of kijk op www.kifid.nl. Op de afgesloten verzekeringen geldt het Nederlandse recht.

8 Privacy en persoonlijke gegevens

Wij houden ons bij het verzamelen, verkrijgen en gebruiken van persoonlijke gegevens aan de richtlijnen van het College Bescherming Persoonsgegevens, het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid) en de Wet op het financieel toezicht (Wft).

- Je geeft ons jouw gegevens, als je de verzekering aanvraagt en tijdens het uitvoeren van de verzekering. De gegevens gebruiken wij om de verzekering te accepteren, te beheren, schade te regelen, relatiebeheer en voor marketingactiviteiten.
- Wij gebruiken jouw gegevens ook voor statistische analyses, om fraude te voorkomen en bestrijden en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.
- Wij wisselen informatie uit met de Stichting CIS in Zeist. Dit doen we zodat we verantwoord nieuwe verzekeringen kunnen sluiten en schade kunnen regelen.

B Toelichting op de dekking

1 Wie zijn verzekerd?

Verzekerd zijn de personen die op het polisblad staan. De verzekering is ook geldig als de verzekerden afzonderlijk op vakantie gaan.

2 Vanaf wanneer ben je verzekerd?

- De ingangsdatum van de verzekering staat op het polisblad.
- De dekking gaat telkens in als een verzekerde en/of bagage het huisadres verlaat voor een reis. En eindigt bij terugkeer op het huisadres.

3 Waar is de verzekering geldig?

- De verzekering is geldig in de hele wereld .
- In Nederland is de verzekering geldig:
  - bij een meerdaagse reis met verblijf in een hotel, haven, of op een camping of bungalowpark. De dekking geldt niet als het verblijf op een vaste standplaats is;
  - als jouw reis in Nederland onderdeel is van een buitenlandse reis;

4 Hoe lang mag de reis duren?

Verzekerd zijn reizen van maximaal zestig aaneengesloten dagen.

5 Wat verwachten wij van je?

Zoals bij elke verzekering zijn er regels. Het is nodig dat jij je daaraan houdt. Wij verwachten dat je:
- bij schade binnen 28 dagen nadat je voor het eerst terug bent in Nederland de schade meldt. Heb je een geldige reden dat dit niet lukt, dan geldt een uiterste termijn van 180 dagen na terugkeer in Nederland.
- op onze voorstellen reageert. Hiervoor geldt een uiterste termijn van 180 dagen;
- ons de juiste en noodzakelijke informatie geeft en je jezelf op de hoogte stelt van alle relevante belangrijke informatie;
- je aan de wet houdt;
- goed zorgt voor je spullen;
- al het mogelijke doet om de schade te beperken;
- datgene naar ons stuurt waarom wij vragen.

Let op:
Als jij je niet aan de regels houdt, kan het zijn dat je niet verzekerd bent. Ook is het mogelijk dat wij je schade niet vergoeden en de verzekering stopzetten.

6 Wat is nooit verzekerd?

Hier staat wat nooit verzekerd is. Bij de inhoud van elke dekking staat wat er aanvullend voor die dekking ook niet verzekerd is.

a Wij bieden geen hulp en vergoeden geen schade:
- als je niet voldoende voorzichtig bent geweest. Je moet redelijke maatregelen hebben genomen om de schade te voorkomen. Voor een uitgebreider overzicht kun je artikel ‘Voorzichtig met je spullen omgaan’ lezen;
- als je vliegt met niet-erkende luchtvaartmaatschappijen;
- als je als bemanningslid deelneemt aan het vliegverkeer;
- als je deelneemt aan wedstrijden of voorbereidingen daarop;
- als je deelneemt aan ballonvaarten of onderwatertochten per onderzeeër;
- bij het beoefenen van de volgende sporten: boksen, worstelen, karate en andere gevechtssporten, jiu jitsu en rugby.

b Wij bieden ook geen hulp of vergoeding, als je:
- spullen in beslag worden genomen of verbeurd worden verklaard;

- de kosten redelijkerwijs kon verwachten. Bijvoorbeeld door bestaande ziekte of gebreken;
- deelneemt aan gijzeling, kaping, staking of terrorisme of hierbij willens en wetens aanwezig bent;
- anders dan als passagier verblijft op een schip buiten de territoriale zee.

c Wij bieden geen hulp en vergoeden geen schade, als die is ontstaan door:
- deelname aan strafbare feiten. Of doordat je veiligheidsvoorschriften hebt overtreden;
- opzet, grove schuld of nalatigheid. Hieronder valt ook (poging) tot zelfdoding;
- deelnemen aan misdaden, ruzies en vechtpartijen;
- overmatig gebruik van alcohol of verdovende middelen;
- gevaarlijke handelingen (waagstuk) en deelnemen aan expedities;
- molest (behalve als je kunt bewijzen dat je schade hiermee niets te maken heeft);
- atoomkernreacties

d Wij bieden ook geen hulp of vergoeding:
- als je niet voldoende voorzichtig bent geweest. Je moet redelijke maat regelen hebben genomen om de schade te voorkomen;
- als je ons opzettelijk onjuiste informatie hebt gegeven bij het afsluiten van de verzekering of bij schade. Hieronder valt ook dat je niet meewerkt met de afhandeling van de schade;
- als je belangrijke informatie of wijzigingen niet hebt doorgegeven;
- als je de schade op basis van een regeling, wet of een andere verzekering al krijgt vergoed. Of vergoed zou krijgen, als je niet bij ons verzekerd was geweest;
- aan personen, ondernemingen, overheden en andere partijen aan wie dit niet is toegestaan, als gevolg van nationale of internationale afspraken (sanctielijsten).

7 Voorzichtig met je spullen omgaan

- De verzekering is uitsluitend geldig als je voldoende voorzichtig bent geweest. Je moet je best hebben gedaan om diefstal, verlies, vermissing of beschadiging te voorkomen. Dit is een lastig onderwerp, omdat het vaak afhangt van de specifieke situatie. Ons uitgangspunt is of je redelijkerwijs betere maatregelen had kunnen nemen om de schade te voorkomen. Als dat het geval is, dan betalen wij de schade niet. Hieronder zie je voorbeelden van situaties waarin wij de schade niet betalen.

  Wij vergoeden de schade niet, als:
  - je spullen onbeheerd achterlaat;
  - je spullen in de auto of een ander motorrijtuig achterlaat. Je bent wel verzekerd, als de auto goed is afgesloten en de spullen van buitenaf niet zichtbaar zijn. Daarbij moet de schade zijn veroorzaakt tussen 07.00 uur en 22.00 uur en moeten er sporen van inbraak zijn;

  Ook vergoeden wij geen schade als:
  - je digitale/elektrische apparatuur, reisdocumenten, kostbaarheden of geld buiten handbereik achterlaat. Let op, we vergoeden deze spullen ook niet als je ze in een goed afgesloten vervoermiddel achterlaat, ook al is het tussen 07.00 uur en 22.00 uur. Of zonder toezicht in een niet goed afgesloten ruimte;
  - digitale/elektrische apparatuur wordt gestolen uit de camper, caravan of het pleziervaartuig. Behalve als deze spullen zijn opgeborgen in een goed afgesloten opbergruimte en er sporen van inbraak zijn;
  - digitale/elektrische apparatuur wordt gestolen uit de tent;
  - kostbaarheden worden gestolen uit de tent, caravan, het pleziervaartuig, de auto of ander vervoermiddel;
  - kostbaarheden worden gestolen uit de caravan, camper of het pleziervaartuig. Behalve als deze in de kluis waren opgeborgen en er sporen van inbraak zijn;
  - er sprake is van diefstal van bagage uit een auto en/of caravan/ camper die al is ingepakt voor vertrek naar de reisbestemming. Dit geldt ook als het hele voertuig wordt gestolen.

8 Begripsomschrijvingen

Hier vind je de uitleg (definities) van de gebruikte begrippen. Bij de inhoud van de dekkingen worden nog enkele begrippen uitgelegd.

Atoomkernreacties: Elke kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernsplijting, of kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

Bijzondere sporten: Sporten die een meer dan normaal risico met zich meebrengen, waaronder jagen, bergbeklim- men, klettern, abseilen, speleologie, bungee- jumping, parachutespringen, paragliding, hang- gliding, ultralight vliegen en zweefvliegen.

Bijzondere wintersporten: Wintersporten die een meer dan normaal risico met zich meebrengen, waaronder ijsklimmen, skeleton, bobslederijden, ijshockey, speedskiën, speedraces, skijoring, skispringen, ski-vliegen, figuurspringen bij freestyle

skiën, ski-alpinisme, paraskiën en heliskiën.
Gezinsleden: Partner met wie de verzekeringnemer samenwoont en/of inwonende kinderen van verzekerde tot 27 jaar.
Je/jij: De verzekerde personen.
Je/Verzekeringnemer: De persoon die de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.
Molest: Hieronder verstaan we gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Deze zes vormen van molest en de definities ervan zijn onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars is gedeponeerd.
Noodzakelijke kosten: Kosten die niet uitgesteld kunnen worden tot na terugkeer in Nederland.
Verzekerde(n): Je/verzekeringnemer en de gezinsleden die worden vermeld op de polis. Alle verzekerden moeten zijn ingeschreven in Nederland. En moeten daar ook wonen.
We/Wij/Ons/Verzekeraar: Aevitae B.V. gevolmachtigde en AWP P&C SA (met statutaire zetel in Parijs, Frankrijk), ook bekend onder de naam Allianz Global Assistance. Adres: Poeldijkstraat 4, 1059 VM Amsterdam.
Wintersport: Elke van sneeuw en/of ijs afhankelijke sport met een normaal risico.

C Inhoud van de dekking

1 Bagage

Wat betekenen de volgende begrippen in deze dekking?

- **Bagage:** dit zijn de spullen die je als verzekerde voor persoonlijk gebruik meeneemt op reis.
- **Reisdocumenten:** rij- en kentekenbewijzen, kentekenplaten, vervoerbiljetten die speciaal voor gebruik tijdens de reis zijn aangeschaft, identiteitsbewijzen, toeristenkaarten, paspoorten, laissez-passers, skipassen en visa. De kosten van het opnieuw aanschaffen worden vergoed, met uitzondering van reis-, verblijf- en telecommunicatiekosten.
- **Digitale/elektrische apparatuur:**
  a foto-, film-, video/dvd-apparatuur. Inclusief eventuele bijbehorende beeld-, geluids-, en informatiedragers;
  b geluids- en beeldapparatuur. Hieronder vallen ook muziekdragers, waaronder iPods en MP3-spelers, en navigatie-apparatuur die niet is ingebouwd in de auto;
  c computers. Waaronder ook: organisers inclusief randapparatuur, software en eventuele bijbehorende beeld-, geluids-, en informatiedragers;
  d telecommunicatie-apparatuur. Bijvoorbeeld: mobiele telefoons, smartphones, iPhones (inclusief toebehoren). Dit geldt ook als deze voorzien zijn van een foto- of videocamera;
  e radio- en televisietoestellen.
- **Kostbaarheden:** dit zijn kostbare zaken. Denk hierbij aan sieraden, horloges, bontwerk, edelstenen, parels, kijkers en voorwerpen van goud, zilver of platina.
- **Nieuwwaarde:** dit is het bedrag dat je nodig hebt om het voorwerp nieuw te kopen. Het gaat hier om een voorwerp van dezelfde soort en kwaliteit.

Let op: In aanvulling op wat nooit is verzekerd, is voor deze dekking ook niet verzekerd:

- Diefstal, verlies of beschadiging van geld.
- Foto's, documenten en waardepapieren. Hieronder vallen ook voorwerpen met kunst- of verzamelwaarde.
- Zakelijke goederen. Dat wil zeggen, spullen die je voor beroep of bedrijf gebruikt.
- Goederen die geleend zijn, uitgeleend, verhuurd of in bewaring gegeven aan anderen dan jijzelf of een medeverzekerde.
- Schade door langzaam werkende invloeden. Bijvoorbeeld: slijtage en insecten.
- Schade door een gebrek van of in de spullen zelf.
- Ontsieringen zoals krassen, deuken en vlekken.
- Vervoersmiddelen en onderdelen daarvan, zoals motorvoertuigen, aanhangers, caravans inclusief luifels, luchtvaartuigen en boten. Een fiets is wel verzekerd en zien wij als overige bagage.
- Breuk van breekbare voorwerpen. Dit is wel verzekerd, als het is veroorzaakt tijdens een ongeval met het vervoermiddel, of door inbraak, diefstal, beroving of brand.

Verzekerd	Diefstal, vermissing of beschadiging	Maximaal € 3.500
	• Digitale/elektrische apparatuur inclusief toebehoren - Telecommunicatie-apparatuur - Kostbaarheden - (Tand)prothesen/gehoorapparatuur - Contactlenzen en brillen • Overige bagage, maximaal per voorwerp • Tijdens de reis gekochte spullen • Cadeautjes voor anderen • Vervangende kleding en toiletartikelen als de bagage wordt vermist of vertraagd aankomt	• € 1.000 - € 100 - € 250 - € 250 - € 250 • € 500 • € 350 • € 250 • € 250

Eigen risico	• Per gebeurtenis • Voor vervangende kleding/toiletartikelen	€ 75 Geen

Bijzonderheden	• Digitale apparatuur, kostbaarheden en reisdocumenten moeten tijdens het vervoer worden meegenomen als handbagage. • Voorwerpen die samen een uitrusting vormen, zien wij als één voorwerp. Denk hierbij aan camera's objectieven, filters, statieven en draagtassen.

Bij schade	• Is er sprake van verlies, diefstal of vermissing? Dan doe je onmiddellijk aangifte bij de politie in de plaats waar het is gebeurd. Verblijf je in een hotel, doe dan ook aangifte bij de hoteldirectie. Bij schade of diefstal tijdens vervoer moet je aangifte doen bij de vervoersonderneming. • Wij vergoeden de kosten van herstel (reparatiekosten). Maar, we mogen de schade ook (gedeeltelijk) in natura vergoeden. • Je ontvangt een schadevergoeding, als de schade niet gerepareerd kan worden, bij verlies, bij vermissing of bij diefstal. De vergoeding baseren we op de nieuwwaarde. Bij spullen die ouder zijn dan een jaar, trekken we hiervan een bedrag af. Dit is het bedrag dat een voorwerp minder waard wordt doordat het ouder wordt. Als de herstelkosten boven dit bedrag uitkomen, vergoeden we het bedrag dat het voorwerp nog waard is. • Wij vergoeden nooit meer dan het verzekerde voorwerp oorspronkelijk heeft gekost.

2 Schade aan vakantieverblijven.

Wat betekent het begrip 'vakantieverblijven' in deze dekking?
Met vakantieverblijven bedoelen wij de door u gehuurde ruimte voor uw vakantie zoals vakantiehuisje, hotelkamer, caravan of tent.

Verzekerd	• In aanvulling op de 'Bagage' dekking is verzekerd schade aan vakantieverblijven.	€ 250
Eigen risico		€ 75

3 Extra tijdens Wintersport

Verzekerd	• De Bagage is ook verzekerd tijdens wintersport. • Wat je vooruitbetaald hebt en door een ongeval of een ziekenhuisopname niet kunt gebruiken. Of als je door een verzekerde gebeurtenis moet terugkeren naar Nederland. Hierbij gaat het om: - toegang; - gehuurde sportgoederen; - Zijn jouw eigen sportgoederen gestolen of onherstelbaar beschadigd geraakt? Dan vergoeden we wat het kost om nieuwe te huren.	• Tot maximaal de bedragen genoemd bij Bagage. - Noodzakelijke kosten - Noodzakelijke kosten - Noodzakelijke kosten
Eigen risico		Het eigen risico zoals genoemd bij Bagage.