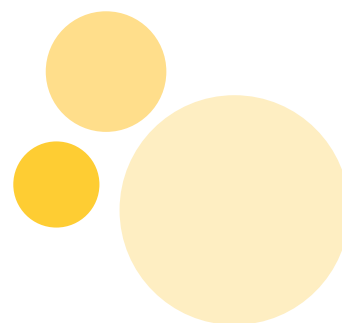


Polisvoorwaarden 2019

Nederlandse Skivereniging

Aanvullende Verzekering

Basis❄, Basis Plus❄❄, Uitgebreid❄❄❄ en Vitaal❄❄❄❄



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I Begripsomschrijvingen	2	III Vergoedingen	15
II Algemene voorwaarden	7	Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	15
Welkom bij Aevitae	7	Artikel 2 Anticonceptie	15
Artikel 1 Verzekerde zorg	7	Artikel 3 Buitenland Wereldwijd	16
Artikel 2 Algemene bepalingen	9	Artikel 4 Dieetadvisering	17
Artikel 3 Betalingen	10	Artikel 5 Eigen bijdrage geneesmiddelen, vervoer en hoortoestellen	17
Artikel 4 Overige verplichtingen	11	Artikel 6 Ergotherapie	18
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	12	Artikel 7 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	18
Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	12	Artikel 8 Huidbehandelingen (budget voor onderstaande behandelingen samen)	18
Artikel 7 Klachten en geschillen	13	Artikel 9 Hulpmiddelen	19
Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling	14	Artikel 10 Kraamzorg en verloskunde	21
		Artikel 11 Kuuroorden	22
		Artikel 12 Medisch specialistische zorg	23
		Artikel 13 Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar	23
		Artikel 14 Orthodontie	23
		Artikel 15 Overgangsconsulent	23
		Artikel 16 Podotherapie/Voetbehandeling	23
		Artikel 17 Preventie	24
		Artikel 18 Therapeutisch kamp in Nederland voor kinderen tot en met 16 jaar	26

I Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering(en)

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Aevitae

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

Alarmcentrale

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam.

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 / Zorgverzekering

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 Tandheerkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Collectieve overeenkomst

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

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

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

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

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

Instelling

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende 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 Nederlandse 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 en aanvullende verzekeringen 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 en aanvullende verzekeringen 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), 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 muerij;
- 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 Herverzekerings- maatschappij 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 in het Incidentenregister van de zorgverzekeraar laten registreren. 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 laten 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).

De zorgverzekeraar kan 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. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg) verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerdenadministratie.

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controle en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en ons privacy statement. U vindt ons privacy statement op onze website.

Wij zijn verplicht uw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

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 rekeningnummer. 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 bij ons 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 sluiten als aanvulling op uw basisverzekering bij ons. Voor de aanvullende verzekering kan een medische selectie van toepassing zijn. Bovendien kan er een leeftijdsgrens van toepassing zijn. Een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering kan van toepassing zijn bij onderstaande omstandigheden:

- U heeft voor hetzelfde verzekeringsjaar geen basisverzekering bij ons gesloten en/of;
- De verzekeraar van uw aanvullende verzekering is een ander dan de verzekeraar van uw basisverzekering bij ons.

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. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

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 die u bij ons heeft afgesloten.

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.

Wij vergoeden geen

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

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Wij vergoeden € 200,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling
- Uitgebreid***: Wij vergoeden € 400,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling.
- Vitaal****: Wij vergoeden € 400,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling.

Artikel 2 Anticonceptie

A Anticonceptiemiddelen

Wij vergoeden 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).

Wij vergoeden geen

De kosten van condooms komen niet voor vergoeding in aanmerking.

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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Volledige vergoeding
- Uitgebreid***: Volledige vergoeding
- Vitaal****: Geen vergoeding

B SOA-preventie

Wij vergoeden een maal per jaar de kosten van een SOA preventieconsult.

Vergoeding

- Basis*: Volledige vergoeding eenmaal per kalenderjaar
- Basis Plus**: Volledige vergoeding eenmaal per kalenderjaar
- Uitgebreid***: Geen vergoeding
- Vitaal****: Geen vergoeding

Artikel 3 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 SOS International. U kunt hiervoor telefonisch contact opnemen met 088 - 50 56 888.
- 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

- Basis*: Volledige vergoeding
- Basis Plus**: Volledige vergoeding
- Uitgebreid***: Volledige vergoeding
- Vitaal****: Volledige vergoeding

B Vaccinaties

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

Vergoeding

- Basis*: € 250,- per kalenderjaar
- Basis Plus**: € 250,- per kalenderjaar
- Uitgebreid***: € 250,- per kalenderjaar
- Vitaal****: € 250,- per kalenderjaar

C 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

- Basis*: Volledige vergoeding
- Basis Plus**: Volledige vergoeding
- Uitgebreid***: Volledige vergoeding
- Vitaal****: Volledige vergoeding

D 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

- Basis*: Volledige vergoeding
- Basis Plus*: Volledige vergoeding
- Uitgebreid*: Volledige vergoeding
- Vitaal*: Volledige vergoeding

E Fysiotherapie als gevolg van een ongeval tijdens een wintersportactiviteit

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut als gevolg van een ongeval tijdens een wintersportactiviteit.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist;
- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed;
- De vergoeding is een aanvulling op de dekking van de Zorgverzekeringswet en de reeds in deze aanvullende verzekering opgenomen dekking voor fysiotherapie.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient op het declaratieformulier een toelichting gegeven te worden op het ongeval.

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

- Basis*: maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar
- Basis Plus*: maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar
- Uitgebreid*: maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar
- Vitaal*: maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 4 Dieetadvisering

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

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar
- Uitgebreid*: maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar
- Vitaal*: maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar

Artikel 5 Eigen bijdrage geneesmiddelen, vervoer en hoortoestellen

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: maximaal € 250,00 per kalenderjaar voor de eigen bijdrage geneesmiddelen volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer en de eigen bijdrage hoortoestellen tot maximaal € 200,00 voor beide hoortoestellen samen, zoals u verschuldigd bent op grond van de Zorgverzekering.
- Vitaal*: maximaal € 250,00 per kalenderjaar voor de eigen bijdrage geneesmiddelen volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer en de eigen bijdrage hoortoestellen tot maximaal € 300,00 voor beide hoortoestellen samen, zoals u verschuldigd bent op grond van de Zorgverzekering.

Uitsluiting:

- Geen vergoeding wordt verleend voor de eigen bijdrage op ADHD-medicatie.

Artikel 6 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten van ergotherapie.

Voorwaarden voor vergoeding

- Vergoeding vanaf het 11e behandeluur voor advies, instructie, training of behandeling door een erkend ergotherapeut in zijn praktijk of bij u thuis.
- Het doel is uw zelfzorg en zelfredzaamheid te vergroten.
- De eerste 10 behandeluren worden vergoed op uw zorgverzekering.

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Geen vergoeding
- Uitgebreid***: Geen vergoeding
- Vitaal****: Volledige vergoeding

Artikel 7 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 100% 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

- Basis*: maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar
- Basis Plus**: maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
- Uitgebreid***: maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar
- Vitaal****: maximaal 30 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 8 Huidbehandelingen (budget voor onderstaande behandelingen samen)

A Acnetherapie

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.

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.

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

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.

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Een budget van maximaal € 150,- voor de onder A tot en met D genoemde behandelingen samen
- Uitgebreid***: Een budget van maximaal € 250,- voor de onder A tot en met D genoemde behandelingen samen
- Vitaal****: Een budget van maximaal € 250,- voor de onder A tot en met D genoemde behandelingen samen

Artikel 9 Hulpmiddelen

A Bril, lenzen of skibril

Voorwaarden

- Vanaf 1,5 of meer dioptrieën per oog, (ook bij alleen een montuur).
- Lenzen moeten worden geleverd door een opticien en/of optometrist.

U hebt geen recht op vergoeding wanneer

- U in de 60 maanden voor de aanschaf van de bril, brillenglazen, montuur, lenzen of skibril een laserbehandeling of lensimplantatie hebt ondergaan, die door ons is vergoed.

Toelichting

- De 24 maanden gaan in op de leverdatum van de brillenglazen, bril, montuur, lenzen of skibril.

Wij berekenen het aantal dioptrieën per oog als volgt:

- Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,5 dioptrieën)
- Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,0 dioptrieën)
- Als door middel van de sferische en cilindrische waarde niet aan de dioptrie-eis wordt voldaan kan bij meerfocusbrillen de additionele waarde worden meegenomen in de berekening. Deze wordt alleen bij de sferische waarde opgeteld. (bv. sferisch +0,5, cilindrisch +0,5 en additie +1,0 = +1,5 dioptrieën)

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Maximaal € 100,- één keer per 2 kalenderjaren
- Uitgebreid*: Maximaal € 150,- één keer per 2 kalenderjaren
- Vitaal*: Maximaal € 250,- één keer per 2 kalenderjaren

B Buikband/braces voor kortdurend gebruik

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Geen vergoeding
- Vitaal*: Maximaal € 400,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van een buikband en braces voor kortdurend gebruik

C 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 op onze website.

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Geen vergoeding
- Vitaal*: Maximaal € 40,- per kalenderjaar voor een start pakket en teststrips en een extra vergoeding van € 45,- per kalenderjaar.

D Plakstrips bij een mammaprothese

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Geen vergoeding
- Vitaal*: maximaal € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese

E Plaswekker (wekapparatuur)

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Volledig indien aangeschaft bij een gecontracteerd leverancier. Indien aangeschaft bij een niet-gecontracteerd leverancier bedraagt de vergoeding € 50,- eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering
- Vitaal*: Geen vergoeding

F Pruik

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Geen vergoeding
- Vitaal*: Maximaal €100,- voor de eigen bijdrage per kalenderjaar

G Steunzolen voor skischoenen (orthopedisch schoenmaker)

Vergoeding

- Basis*: Maximaal €100,- per kalenderjaar
- Basis Plus*: Maximaal €100,- per kalenderjaar
- Uitgebreid*: Maximaal €100,- per kalenderjaar
- Vitaal*: Maximaal €100,- per kalenderjaar

H Thuisbewakingsmonitor

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Geen vergoeding
- Vitaal*: Maximaal 24 maanden in bruikleen

Artikel 10 Kraamzorg en verloskunde

A Eigen bijdrage kraamzorg

De eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Volledige vergoeding
- Vitaal*: Geen vergoeding

B Eigen bijdrage poliklinische bevalling op niet-medische indicatie

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Volledige vergoeding
- Vitaal*: Geen vergoeding

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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Maximaal 12 uur kraamzorg verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
- Vitaal*: Geen vergoeding

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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: 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
- Vitaal*: Geen vergoeding

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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
- Vitaal*: Geen vergoeding

F Kraampakket

Een door de zorgverzekeraar, in overleg met verloskundigen, samengesteld kraampakket.

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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Volledige vergoeding
- Vitaal*: Geen vergoeding

G Lactatiekundige zorg

De kosten van lactatiekundige zorg voor hulp en advies bij borstvoeding.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Maximaal € 75,- per zwangerschap
- Vitaal*: Geen vergoeding

Artikel 11 Kuuroorden

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluitingen

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

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Geen vergoeding
- Uitgebreid***: Maximaal € 500,- eenmaal per 2 kalenderjaren
- Vitaal****: Maximaal € 500,- eenmaal per 2 kalenderjaren

Artikel 12 Medisch specialistische zorg

A 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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Geen vergoeding
- Uitgebreid***: maximaal € 500,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
- Vitaal****: maximaal € 500,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

B Sterilisatie

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wij vergoeden geen

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

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Geen vergoeding
- Uitgebreid***: Volledige vergoeding
- Vitaal****: Geen vergoeding

C 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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Geen vergoeding
- Uitgebreid***: Volledige vergoeding
- Vitaal****: Geen vergoeding

Artikel 13 Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar

Een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Vergoeding

- Basis*: geen vergoeding
- Basis Plus*: maximaal € 350,00 per kalenderjaar
- Uitgebreid*: maximaal € 350,00 per kalenderjaar
- Vitaal*: maximaal € 350,00 per kalenderjaar

Voorwaarde voor vergoeding

- De zorg dient te worden verleend door een Mindfulnessstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).
- U hebt een verwijfsbrief nodig van uw huisarts of bedrijfsarts
- Er moet sprake zijn van burn-out klachten om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Artikel 14 Orthodontie

Wij vergoeden geen

- 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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: 80% van de kosten tot maximaal € 2.000,- voor verzekerden jonger dan 18 jaar, 80% van de kosten tot maximaal € 500,- voor verzekerden van 18 jaar en ouder
- Vitaal*: Geen vergoeding

Artikel 15 Overgangsconsulent

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

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: 4 consulten tot maximaal € 40,- per consult voor de gehele duur van de verzekering
- Vitaal*: 4 consulten tot maximaal € 40,- per consult voor de gehele duur van de verzekering

Artikel 16 Podotherapie/Voetbehandeling

A Podotherapie/voetbehandeling

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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- Vitaal*: maximaal € 250,- 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 of het Kwaliteitsregister Medische Voetzorgverleners (KMV).

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: maximaal € 150,- per kalenderjaar.
- Vitaal*: maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Artikel 17 Preventie

A Cursus stoeltjesliftangst/eerste hulp bij bergsport ongevallen

Wij vergoeden de kosten van een cursus stoeltjesliftangst of eerste hulp bij bergsportongevallen.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

- Basis*: Maximaal € 150,- gedurende de looptijd van de verzekering
- Basis Plus*: Maximaal € 150,- gedurende de looptijd van de verzekering
- Uitgebreid*: Maximaal € 150,- gedurende de looptijd van de verzekering
- Vitaal*: Maximaal € 150,- gedurende de looptijd van de verzekering

B Gewichtconsulent

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Maximaal € 50,- per kalenderjaar
- Vitaal*: Maximaal € 100,- per kalenderjaar

C 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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Geen vergoeding
- Uitgebreid***: Geen vergoeding
- Vitaal****: Volledige vergoeding eenmaal per 2 kalenderjaren met uitzondering van de eigen bijdrage van €25,- voor de basis test of € 50,- voor 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.

D

Griepvaccinatie

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Volledige vergoeding
- Uitgebreid***: Volledige vergoeding
- Vitaal****: Volledige vergoeding

E

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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus**: Maximaal € 100,- per kalenderjaar
- Uitgebreid***: Maximaal € 150,- per kalenderjaar
- Vitaal****: Maximaal € 250,- per kalenderjaar

F

Onderzoeken

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

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

En:

- elektrocardiogrammen.

Voorwaarde voor vergoeding

Als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering, dan geldt de vergoeding uit de aanvullende verzekering niet. Mogelijk kan de vergoeding uit de zorgverzekering wel ten laste komen van uw eigen risico.

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Volledige vergoeding
- Vitaal*: Volledige vergoeding

G 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

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Maximaal € 75,- per 2 kalenderjaren
- Uitgebreid*: Maximaal € 150,- per 2 kalenderjaren
- Vitaal*: Maximaal € 150,- per 2 kalenderjaren

H Sportmedisch onderzoek:

Wij vergoeden sportmedisch onderzoek en sportkeuringen in een sportmedische instelling.

Voorwaarden voor vergoeding

- 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

- Basis*: maximaal € 150,00 één keer per 2 kalenderjaren
- Basis Plus*: maximaal € 150,00 één keer per 2 kalenderjaren
- Uitgebreid*: maximaal € 150,00 één keer per 2 kalenderjaren
- Vitaal*: maximaal € 150,00 één keer per 2 kalenderjaren

Artikel 18 Therapeutisch kamp in Nederland voor kinderen tot en met 16 jaar

Vergoeding

- Basis*: Geen vergoeding
- Basis Plus*: Geen vergoeding
- Uitgebreid*: Maximaal € 10,- per dag gedurende maximaal 42 dagen per gedurende de looptijd van de verzekering
- Vitaal*: Geen vergoeding