

Polisvoorwaarden 2019

Aanvullende verzekeringen Intro, Start, Royaal en Excellent

Ingangsdatum 1 januari 2019

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Begripsomschrijvingen	3	Botten, spieren en gewrichten	17
Algemene voorwaarden	8	2 Ergotherapie	17
Artikel 1 Verzekerde zorg	8	3 Beweegprogramma's	17
Artikel 2 Algemene bepalingen	10	4 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma	17
Artikel 3 Betalingen	12	5 Pedicurezorg bij een reumatische-, diabetische- of medische voet	18
Artikel 4 Overige verplichtingen	13	6 Podothérapie/podologie/podoposturale therapie en (sport)steunzolen	19
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	13		
Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	13	Buitenland	20
Artikel 7 Klachten en geschillen	14	7 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)	20
Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling	15	8 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland	20
Vergoedingen aanvullende verzekeringen	16	9 Zorg in het buitenland	21
Vergoedingen Intro, Start, Royaal en Excellent	16	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	23
Alternatief	16	10 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	23
1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	16	Huid	25
		11 Huidverzorging	25
		Hulpmiddelen	26
		12 Hulpmiddelen	26
		Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	28
		13 Farmaceutische zorg	28

	pag.		pag.
Mond en tanden (mondzorg)	29	30	Kraamzorg 35
14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar	29	31	Lactatiekundige zorg 36
15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)	30	32	Zelfhulpprogramma “Slimmer Zwanger” 36
16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten	30	33	Zwangerschapscursus 37
17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder	30	Overig	37
Ogen en oren	31	34	Hospice 37
18 Brillen en contactlenzen	31	35	Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s) 37
19 Ooglaseren en lensimplantatie	31	36	Leefstijlinterventies 38
20 Oorstandcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische noodzaak)	32	37	Mantelzorgvervanging voor gehandicapten en chronisch zieken 41
Vervoer	32	38	Sportmedische onderzoeken sportarts 41
21 Eigen bijdrage vervoerskosten	32	39	Sportmedische begeleiding 42
Ziekenhuis, behandeling en verpleging	32	40	Sport- of koelbrace 42
22 Mammaprint	32	41	Hardloopcoaching bij blessures 42
23 Overnachting in een gasthuis en vervoer bezoek bij ziekenhuisverblijf	33	42	Therapeutische vakantiecampen 42
24 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus	33		
25 Sterilisatie	34		
Zwanger (worden)/baby/kind	34		
26 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie	34		
27 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg	35		
28 Borstkolfapparaat	35		
29 Kraampakket	35		

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 / 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 universitaire 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.

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 discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

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

Polisblad

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

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.

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

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 de nota's rechtstreeks. Wanneer u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze online indienen via Mijn Vanbreda.

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 Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

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

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag van de verzekering

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

2.2 Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde aanvullende verzekering(en).

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekering.

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

2.3 Bijbehorende documenten

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

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

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

2.4 Fraude

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

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

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger 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 kan het zijn dat wij u (verzekeringnemer) administratiekosten 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

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan Aevitae, ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij dan wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij de klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 15 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 15 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. In plaats van naar de SKGZ te gaan, kunt u uw klacht ook voorleggen aan de arbiter voor financiële diensten in Malta (Office of the Arbiter for Financial Services, 1st Floor, St Calcedonius Square, Floriana FRN 1530, Malta, telephone +356 8007 2366 or +356 21 249 245 or complaint.info@financialarbiter.org.mt). Wij wijzen u erop dat de arbiter in Malta enkel zaken in behandeling neemt, als u een definitieve beslissing van ons op uw klacht heeft ontvangen. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen.

U ontvangt van ons binnen 15 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 15 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@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 Zorgadvies en Bemiddeling. 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.

Vergoedingen aanvullende verzekeringen

U kunt bij ons verschillende aanvullende verzekeringen afsluiten. Op uw polisblad ziet u welke verzekeringen u heeft afgesloten. Hieronder vindt u de zorg die in de verschillende aanvullende verzekeringen is opgenomen. Bij iedere vorm van zorg is aangegeven welk deel van de zorg verzekerd is en hoe hoog de vergoeding is. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor de vergoeding.

Vergoedingen Intro, Start, Royaal en Excellent

Alternatief

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 en antroposofische geneesmiddelen moeten als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel in Nederland geregistreerd zijn en staan in de G-standaard van de Z-index. De G-standaard is een database waarin alle geneesmiddelen staan die verkrijgbaar zijn via de apotheek;
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- Uw alternatief genezer of therapeut moet een geldige AGB-code hebben (deze kunt u nakijken op www.agbcode.nl) en zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria, maakt deel uit van deze polis. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het overzicht is opgenomen. U vindt het overzicht met beroepsverenigingen op onze website of u kunt dit overzicht bij ons opvragen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zorg als uw alternatief genezer of therapeut ook uw huisarts is;
- b (laboratorium)onderzoek;
- c manuele therapie die een fysiotherapeut geeft;
- d behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- e werk- of schoolgerelateerde coaching.
- f zorg die uit een ander artikel wordt vergoed. Voorbeelden hiervan zijn het artikel Mindfulness of counselling.

● Intro	geen dekking
● Start	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.
● Royaal	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 550,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.
● Excellent	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.

2 Ergotherapie

Vergoeden wij de kosten van 10 uur ergotherapie vanuit de basisverzekering? Dan vergoeden wij als aanvulling op deze vergoeding, de kosten van extra uren ergotherapie.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor het recht op vergoeding van deze extra uren gelden dezelfde voorwaarden als voor vergoeding van ergotherapie vanuit de basisverzekering.

Wilt u weten met welke ergotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

● Intro	geen dekking
● Start	geen dekking
● Royaal	3 uur per persoon per kalenderjaar
● Excellent	4 uur per persoon per kalenderjaar

3 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's. Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In dit beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar/Mensendieck zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kunt voortzetten.

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

- a als u obesitas heeft (BMI hoger dan 30);
- b als u revalideert van voormalig hartfalen;
- c als u reuma heeft (wij gebruiken de definitie van reuma zoals het Reumafonds die heeft bepaald);
- d als u diabetes type 2 heeft;
- e als u COPD heeft met een lichte tot matige ziektelast met een longfunctiewaarde van FEV1/VC < 0,7, een benauwdheidscore >2 op de MRC-schaal en een gezondheidsscore van >1 tot >1,7 op de CCQ-schaal;
- f als u een oncologische aandoening heeft of hiervan aan het herstellen bent.

Voorwaarden voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

● Intro	geen dekking
● Start	geen dekking
● Royaal	maximaal € 350,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
● Excellent	maximaal € 350,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

4 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma

Heeft u reuma? Dan vergoeden wij de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u oefentherapie in extra verwarmd water nodig heeft vanwege de medische indicatie reuma.
- 2 De oefentherapie moet plaatsvinden in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck en/of een reumapatiëntenvereniging.

● Intro	geen dekking
● Start	geen dekking
● Royaal	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
● Excellent	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

5 Pedicurezorg bij een reumatische-, diabetische- of medische voet

Wij vergoeden de kosten van pedicurezorg bij een reumatische voet (5.1), een diabetische voet (5.2) of een medische voet (5.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

5.1 Pedicurezorg bij een reumatische voet

Heeft u een reumatische voet? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medisch pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - artritis bij darmziekten
 - artritis psoriatica (gewrichtsontsteking bij mensen met de huidziekte psoriasis)
 - Bechterew (Ziekte van)
 - chondrocalcinosis
 - jeugdreuma
 - chronische jicht aan de voet(en)
 - paget (botziekte)
 - polyneuropathie Chronische reactieve artritis
 - reumatoïde artritis
 - sclerodermie
 - ziekte van Still (jeugdreuma)
 - ernstige artrose aan de voet, met standsafwijkingen en/of vergroeiingen
- 2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- 5 Bij een reumatische voet moet uit de nota blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en welk type reumatische voet het gaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- b het knippen van nagels zonder medische reden.

5.2 Pedicurezorg bij een diabetische voet

Heeft u een diabetische voet met Zorgprofiel 1? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde aan de pedicure geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1.
- 2 De pedicure moet ingeschreven staan één van de volgende registers:
 - in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert met de aantekening 'voetverzorging diabetici' (DV) of als medisch pedicure (MP).
 - het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV), dat beheerd wordt door KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) in samenwerking met de NMMV (Nederlandse Maatschappij van/voor Medisch Voetzorgverleners).
- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet de zorgverlener het Zorgprofiel vermelden. Ook moet op de nota staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering.
- b behandelingen vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering.
- c het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- d het knippen van nagels zonder medische reden.

5.3 Pedicurezorg bij een medische voet

Heeft u een medische voet? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure, pedicure-chiroprist of pedicure in de zorg. U heeft een medische voet als er sprake is van 1 van onderstaande aandoeningen. En er medische klachten ontstaan als u niet behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - perifere neuropathie;
 - HMSN;
 - parese voet (bijvoorbeeld door CVA);
 - dwarslaesie;
 - Sudeckse dystrofie/posttraumatische dystrofie;
 - arteriosclerose obliterans;
 - chronische tromboflebitis;
 - tromboangitis obliterans (ziekte van Buerger);
 - arteriële insufficiëntie;
 - ernstige standafwijkingen (met als gevolg veel eelt en likdoornvorming);
 - hamertenen;
 - keratoderma palmoplantaris;
 - tylootisch eczeem;
 - recidiverende erysipelas;
 - psoriasis nagels;
 - chemotherapie met problemen aan de nagels en voeten;
 - problemen aan de nagels en voeten door MS, ALS, spasme, morbus Kahler, Parkinson en epidermolysis bullosa.
- 2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert als medisch pedicure (MP).
- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiroprist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- 5 Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en welk type medische voet het gaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- b het knippen van nagels zonder medische reden.

● Intro	geen dekking
● Start	geen dekking
● Royaal	maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 5.1, 5.2 en 5.3 samen
● Excellent	maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 5.1, 5.2 en 5.3 samen

6 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en (sport)steunzolen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een (sport)podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut en/of (sport)steunzolen. Tot de genoemde behandelingen rekenen wij naast de consulten ook de kosten van het aanmeten, vervaardigen, afleveren en repareren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De podotherapeut moet geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Paramedici.
- 2 De behandelend sporttherapeut moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).
- 3 De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- 4 De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn geregistreerd bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.

- 5 De steunzolen moeten zijn geleverd of worden gerepareerd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij de NVOS Orthobanda. Sportsteunzolen moeten zijn geleverd door een sportpodotherapeut die gecertificeerd is door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS) of het VSO-Netwerk. U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportpodotherapeuten via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional. De leden van het VSO-netwerk kunt u vinden via de website www.vsonetwerk.nl. Het mag ook een steunzolenleverancier zijn die voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVOS Orthobanda of het VSO-Netwerk.
- 6 Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, een behandeling, een hulpmiddel of een speciale techniek.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a schoenen en schoenaanpassingen;
- b voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar (sport)steunzolen
Excellent	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar (sport)steunzolen

Buitenland

7 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)

Wij vergoeden de kosten van:

- a medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
- b vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Het ziekenvervoer moet voortvloeien uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- 2 Onze alarmcentrale moet vooraf toestemming hebben gegeven en het vervoer regelen. Het telefoonnummer van de alarmcentrale vindt u op de achterkant van uw zorgpas.

Intro	100%
Start	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

8 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Gaat u op reis naar het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van consulten noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/Landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës, vergoeden wij alleen, als u langere tijd in een land verblijft waar rabiës endemisch (in bepaalde gebieden voortdurend als ziekte aanwezig) is. En waar adequate medische hulp slecht toegankelijk is.
- 2 Daarnaast moet u minimaal aan 1 van de volgende voorwaarden voldoen:
 - u maakt een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden;
 - of u trekt langer dan 3 maanden op met, of overnacht bij, de lokale bevolking;
 - of u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
 - u bent jonger dan 12 jaar.
- 3 De preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen) moeten zijn voorgeschreven door een arts van LCR.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen.

● Intro	voor consulten en vaccinaties tezamen maximaal €100,- per persoon per kalenderjaar
● Start	voor consulten en vaccinaties tezamen maximaal €100,- per persoon per kalenderjaar
● Royaal	voor consulten en vaccinaties tezamen maximaal €150,- per persoon per kalenderjaar
● Excellent	voor consulten en vaccinaties tezamen maximaal €250,- per persoon per kalenderjaar

9 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (9.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (9.2), vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.3), overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.4) en overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland (9.5). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

9.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die u bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- a behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- b ziekenhuisverblijf en operatie;
- c behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- d medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- e tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op! Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder die verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- 2 U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op de achterkant van uw zorgpas.

● Intro	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
● Start	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
● Royaal	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
● Excellent	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

9.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
- 2 Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
- 3 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- b dieetpreparaten en drinkvoeding;
- c verbandmiddelen;
- d vaccinaties en geneesmiddelen i.v.m. een reis naar het buitenland;

- e anticonceptiva;
- f homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Intro	maximaal €50,- per persoon per kalenderjaar
Start	maximaal €50,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal €50,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal €50,- per persoon per kalenderjaar

9.3 Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisverblijf via onze afdeling Zorgbemiddeling in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer, van vervoer per eigen auto en van openbaar vervoer.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- 2 Er moet sprake zijn van wachttijdverkorting.
- 3 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Wij bepalen of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft.
- 4 U moet gebruikmaken van gecontracteerd taxivervoer.

Intro	geen dekking
Start	gecontracteerd taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer
Royaal	gecontracteerd taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer
Excellent	gecontracteerd taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer

9.4 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Wordt u vanuit Nederland voor zorg opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 9.3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden:

- a de overnachtingskosten in een gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt;
- b het vervoer per eigen auto, openbaar vervoer of taxivervoer van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden €0,30 per kilometer.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- 2 Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoers- en/of overnachtingskosten heeft gemaakt.

Intro	geen dekking
Start	maximaal €35,- per nacht tot maximaal €500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen voor de gemaakte overnachtings- en vervoerskosten.
Royaal	maximaal €35,- per nacht tot maximaal €500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen voor de gemaakte overnachtings- en vervoerskosten.
Excellent	maximaal €35,- per nacht tot maximaal €500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen voor de gemaakte overnachtings- en vervoerskosten.

9.5 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet- spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:

- a de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- b vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- c overnachtings- en /of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
- d overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk maar momenteel in Nederland niet beschikbaar is en/of niet kan worden uitgevoerd en waar u redelijkerwijs op inhoud en omvang bent aangewezen. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- 2 U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- 3 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- 4 De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

● Intro	overnachtungskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen
● Start	overnachtungskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen
● Royaal	overnachtungskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen
● Excellent	overnachtungskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

10 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder (10.1) en voor verzekerden tot 18 jaar (10.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

10.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering. De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (WOEM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderfysiotherapie
 - bekkenfysiotherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrische fysiotherapie
 - psychosomatische fysiotherapie
 - kinderoefentherapie
 - psychosomatische oefentherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

- 3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaars daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met de gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie Cesar/Mensendieck).

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel 3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

● Intro	maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar
● Start	maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie)
● Royaal	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie)
● Excellent	maximaal 36 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie)

10.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 Ontvangt u bijzondere fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (WOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderfysiotherapie
 - bekkenfysiotherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrische fysiotherapie
 - psychosomatische fysiotherapie
 - kinderoefentherapie
 - psychosomatische oefentherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

- 3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaars daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met de gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie Cesar/Mensendieck).

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel 3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

Intro	100% (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie)
Start	100% (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie)
Royaal	100% (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie)
Excellent	100% (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie)

Huid

11 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (11.1), lessen in camouflage (11.2) en elektrische, IPL- of laserepilatie (11.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

11.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
- 3 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal €250,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal €250,- per persoon per kalenderjaar

11.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van lessen in camouflage door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut en de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 Het moet gaan om de behandeling van littekens, wijnvlekken of pigmentvlekken in hals en gezicht.
- 3 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
- 4 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal € 200,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 200,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

11.3 Elektrische epilatie, IPL- of laserepilatie

Wij vergoeden de kosten van:

- a elektrische epilatie en Intense Pulsed Lightbehandelingen (IPL-behandelingen) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichts- en/of halsbehaarung hebben;
- b laserepilatiebehandelingen door een huidtherapeut of een instelling waar een dermatoloog aan is verbonden, bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichts- en/of halsbehaarung hebben.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
- 3 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen van cosmetische aard.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

Hulpmiddelen

12 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen, of de kosten van de eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Hieronder leest u om welke hulpmiddelen het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

12.1 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor pruiken.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een pruik vanuit de basisverzekering.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

12.2 Hoofdbedekking of toupim bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)

Wij vergoeden de kosten van hoofdbedekking of een toupim (pruik aan een haarband) bij verzekerden met alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies door chemotherapie of een andere medische behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

Een huisarts of medisch specialist moet u een verklaring hebben gegeven. Uit deze verklaring moet blijken dat er sprake is van de medische indicatie alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies in verband met chemotherapie of een andere medische behandeling.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- a Wij vergoeden op grond van dit artikel niet de kosten van de aanschaf van een pruik met uitzondering van de toupim.
- b Wij vergoeden niet de kosten van een hoofdbedekking of een toupim voor verzekerden met alopecia androgenetica (klassieke mannelijke kaalheid).

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal €100,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal €100,- per persoon per kalenderjaar

12.3 Persoonlijke alarmeringapparatuur op medische indicatie

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet recht hebben op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering.
- 2 U moet vooraf toestemming van ons hebben.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal €75,- per kalenderjaar
Excellent	maximaal €75,- per kalenderjaar

12.4 Plakstrips mammaprothese

Draagt u na borstamputatie een uitwendige mammaprothese? Dan vergoeden wij de kosten van plakstrips om deze prothese mee te bevestigen.

Intro	geen dekking
Start	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

12.5 Kunsttepels of mamillaprothese (maatwerktepelprothese)

Wij vergoeden de kosten van een zelfklevende tepel die door vrouwen gebruikt kan worden op een borst- of een deelprothese. Dit is ook bedoeld voor vrouwen met een borstreconstructie, die wachten op een permanente tepelreconstructie. Wij vergoeden een mamillaprothese (maatwerktepelprothese) als deze prothese niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

Intro	geen dekking
Start	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

12.6 Plaswekker

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker. Ook vergoeden wij het bijbehorende broekje.

Intro	geen dekking
Start	maximaal €100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal €100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal €100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

12.7 Handspalk

Wij vergoeden de kosten van een handspalk wanneer deze nodig is voor fysiotherapeutische nazorg bij specialistische handproblematiek.

Voorwaarde voor vergoeding

De handspalk moet zijn geleverd door een handtherapeut, die het certificaat handtherapeut (CHT-NL bezit). U vindt de CHT-NL gecertificeerde handtherapeuten via de website www.handtherapie.com/zoek-uw-handtherapeut.

● Intro	geen dekking
● Start	geen dekking
● Royaal	maximaal € 40,- per persoon per kalenderjaar voor een kleine vinger- of duimspalk maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk maximaal € 90,- per persoon per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk
● Excellent	maximaal € 40,- per persoon per kalenderjaar voor een kleine vinger- of duimspalk maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk maximaal € 90,- per persoon per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

13 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van sommige geneesmiddelen: melatonine (13.1), anticonceptiva (13.2), en geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden (13.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

13.1 Melatonine

Wij vergoeden de kosten van generieke melatoninetabletten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De melatoninetabletten moeten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een instelling die wij hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.
- 2 U moet de melatoninetabletten ontvangen van internetapotheek eFarma.

● Intro	geen dekking
● Start	geen dekking
● Royaal	100%
● Excellent	100%

13.2 Anticonceptiva

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden:

- a van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.
- b de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om anticonceptiva die vergoed wordt vanuit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
- 2 Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.
- 3 Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedings-systeem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.
- 4 Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een apotheek.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het anticonceptiemiddel moet geleverd worden door een apotheek die wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

a anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
b de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS).

Intro	100%
Start	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

13.3 Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering. Wij vergoeden de geneesmiddelen en apotheekbereidingen in één van de volgende gevallen:

- a als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;
- b als apotheekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- 2 Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
- 3 Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist of een huisarts met wie wij een contract hebben. Daarnaast moet het geneesmiddel zijn geleverd door een apotheek die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een medisch specialist, huisarts of apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke zorgverleners en apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Intro	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Start	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 14 tot en met 17) gaan wij hierop in. Heeft u ook een aanvullende tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekeringen en daarna vanuit deze aanvullende verzekeringen, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'.

Voorwaarde voor vergoeding

Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van orthodontie. De wachttijd geldt als u de aanvullende verzekering Ryaal of Excellent afsluit en deze in heel 2018 niet had afgesloten.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Ryaal	maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)

Heeft u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit) vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel 9 van het hoofdstuk ‘Verzekerde zorg basisverzekeringen’)? Dan vergoeden wij deze wettelijke eigen bijdrage.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Ryaal	geen dekking
Excellent	100%

16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?

Intro	geen dekking
Start	100%
Ryaal	100%
Excellent	100%

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
- 3 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

● Intro	maximaal €10.000,- per ongeval
● Start	maximaal €10.000,- per ongeval
● Royaal	maximaal €10.000,- per ongeval
● Excellent	maximaal €10.000,- per ongeval

Ogen en oren

18 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- b prismabrillen;
- c de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en/of lenzen die worden vergoed vanuit de basisverzekering;
- d losse monturen en/of accessoires;
- e gekleurde contactlenzen.

● Intro	geen dekking
● Start	maximaal €100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
● Royaal	maximaal €150,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
● Excellent	maximaal €250,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

19 Ooglaseren en lensimplantatie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van ooglaseren (19.1) en lensimplantatie (19.2).

19.1 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). Is de specialist niet geregistreerd bij het NOG, dan moet hij voldoen aan de richtlijnen van dit genootschap en zich houden aan de criteria gesteld in de consensus refractiechirurgie.

Let op! In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.

19.2 Lensimplantatie

Wij vergoeden de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij vergoeding van een staaroperatie uit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Als u recht heeft op vergoeding van lensimplantatie vanuit de basisverzekering geldt deze vergoeding voor de meerkosten.
- 2 Bij implantatie van een torische lens moet u of uw arts een medische verklaring kunnen overhandigen waarin staat waarom u geen bril verdraagt.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering voor de kosten onder de artikelen 19.1 en 19.2 samen
Excellent	maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering voor de kosten onder de artikelen 19.1 en 19.2 samen

20 Oorstandcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische noodzaak)

Wij vergoeden voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van cosmetisch chirurgische correctie van de oorstand door een medisch specialist.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	100%
Excellent	100%

Vervoer

21 Eigen bijdrage vervoerskosten

Heeft u recht op vergoeding van vervoer op grond van de basisverzekering? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage die u hiervoor verschuldigd bent.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100% van de wettelijke eigen bijdrage

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

22 Mammaprint

Wij vergoeden de kosten van een Mammaprint. Met de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen. Daarmee kan de behandelend arts bepalen of chemotherapie wel of niet noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

Het laboratorium Agendia moet het onderzoek uitvoeren.

Intro	100%
Start	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

23 Overnachting in een gasthuis en vervoer bezoek bij ziekenhuisverblijf

Verblijft u in een ziekenhuis of de GGZ-instelling in Nederland, België of Duitsland? Dan vergoeden wij voor uw bezoek de kosten van:

a overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis of de GGZ-instelling ligt;

b het vervoer per eigen auto of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of de GGZ-instelling of het gasthuis. En de kosten van vervoer tussen het gasthuis en het ziekenhuis of de GGZ-instelling. Wij vergoeden € 0,30 per kilometer;

c openbaar vervoer (laagste klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis, de GGZ-instelling of het gasthuis. En de kosten van openbaar vervoer tussen het gasthuis en het ziekenhuis of de GGZ-instelling.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten voor overnachting in een gasthuis alleen als u verblijft U moet verblijven in een ziekenhuis of GGZ-instelling dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt.
- 2 Verblijft u in een ziekenhuis of GGZ-instelling in België of Duitsland? Dan vergoeden wij de kosten alleen als er geen sprake is van zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 9.4 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'
- 3 U gebruikt het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- 4 Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoers- en/of overnachtingskosten heeft gemaakt.

Intro	geen dekking
Start	maximaal € 35,- per nacht voor de gemaakte overnachtingskosten. Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten
Royaal	maximaal € 35,- per nacht voor de gemaakte overnachtingskosten. Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten
Excellent	maximaal € 35,- per nacht voor de gemaakte overnachtingskosten. Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten

24 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij de kosten van overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in Nederland dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt. Er is sprake van een poliklinische behandelcyclus als u op 2 of meer aaneengesloten dagen behandeld wordt, maar niet in het ziekenhuis verblijft.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van de nacht voorafgaand aan de eerste behandeldag.

Intro	geen dekking
Start	maximaal € 35,- per nacht
Royaal	maximaal € 35,- per nacht
Excellent	maximaal € 35,- per nacht

25 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding

De behandeling moet plaatsvinden in:

- 1 de praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, als het gaat om een mannelijke verzekerde;
- 2 een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Is er sprake van een hersteloperatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	100%
Excellent	100%

Zwanger (worden)/baby/kind

26 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

Wij vergoeden bij adoptie de kosten van adoptiekraamzorg óf van medische screening (preventief onderzoek). Het gaat hierbij om één of meerdere kinderen die u tijdens de looptijd van uw basisverzekering wettig geadopteerd heeft en bij ons heeft ingeschreven in de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Voor kraamzorg moet uw adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en nog geen deel uitmaken van uw gezin.
- 2 U kunt alleen voor medische screening kiezen, als uw adoptiekind uit het buitenland komt.
- 3 Een kinderarts moet de medische screening uitvoeren.
- 4 De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces zijn.
- 5 De adoptiekraamzorg moet worden geleverd door een gecontracteerd kraamcentrum.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de adoptiekraamzorg afnemen bij een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een kraamcentrum dat wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van medische screening van het adoptiekind, als de adoptie al heeft plaatsgevonden.

Intro	geen dekking
Start	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
Royaal	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
Excellent	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

27 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

Bent u zonder medische indicatie poliklinisch bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum onder leiding van een verloskundige of huisarts? Dan bent u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd op basis van de basisverzekering. Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van deze in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage.

Intro	geen dekking
Start	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

28 Borstkolfapparaat

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van aanschaf of huur van een borstkolfapparaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a losse onderdelen van het borstkolfapparaat;
- b de aanschaf van tweedehands borstkolven.

Intro	geen dekking
Start	maximaal € 75,- per zwangerschap
Royaal	maximaal € 75,- per zwangerschap
Excellent	maximaal € 75,- per zwangerschap

29 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Intro	geen dekking
Start	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

30 Kraamzorg

Hieronder leest u in welke gevallen wij de wettelijke eigen bijdrage en/of eigen betaling voor kraamzorg vergoeden.

30.1 Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Intro	geen dekking
Start	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

30.2 Eigen bijdrage kraamzorg in een ziekenhuis, zonder medische indicatie

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100%

30.3 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum. Met uitgestelde kraamzorg wordt bedoeld, kraamzorg verleend na de 10e dag van de geboorte van het kindje.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 De uitgestelde kraamzorg moet worden geleverd door een gecontracteerd kraamcentrum;
- 2 Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de kraamzorg afnemen bij een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een kraamcentrum dat wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Intro	geen dekking
Start	maximaal 15 uur per zwangerschap, u betaalt zelf de eigen bijdrage van €4,30 per uur
Royaal	maximaal 15 uur per zwangerschap, u betaalt zelf de eigen bijdrage van €4,30 per uur
Excellent	maximaal 15 uur per zwangerschap

31 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden na een bevalling aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen de kosten van hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarde voor vergoeding

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de kwaliteitseisen van die beroepsvereniging. Of de lactatiekundige moet in dienst zijn van een kraamcentrum dat wij hebben gecontracteerd.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Intro	geen dekking
Start	maximaal €80,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal €80,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal €115,- per persoon per kalenderjaar

32 Zelfhulpprogramma “Slimmer Zwanger”

Wij vergoeden de abonnementskosten van het zelfhulpprogramma “Slimmer Zwanger”. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

Intro	geen dekking
Start	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

33 Zwangerschapscursus

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van cursussen:

- a die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling en/of die u begeleiden tijdens de bevalling;
- b die uw fysieke herstel na de bevalling bevorderen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet een bewijs van aanmelding en betaling aan ons geven.
- 2 De cursussen moeten worden gegeven door:
 - een thuis- of kraamzorginstelling;
 - een verloskundigenpraktijk of gezondheidscentrum;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallend;
 - een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in Psychoprophylaxe (angst voor de bevalling);
 - Mom in Balance.

● Intro	geen dekking
● Start	maximaal € 50,- per persoon per zwangerschap
● Royaal	maximaal € 50,- per persoon per zwangerschap
● Excellent	maximaal € 75,- per persoon per zwangerschap

Overig

34 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen ten behoeve van een verzekerde bij verblijf in een hospice. De hospice moet participeren in het netwerk palliatieve zorg in de regio. De hospice mag geen deel uitmaken van een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeg-, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage die op grond van de Wlz in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice.

● Intro	geen dekking
● Start	geen dekking
● Royaal	maximaal € 40,- per dag
● Excellent	maximaal € 40,- per dag

35 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s)

Wordt een ouder die bij ons is verzekerd, opgenomen in een ziekenhuis? Dan regelen wij voor u kinderopvang aan huis buiten de uren die u normaal al geregeld heeft, vanaf de derde dag van het ziekenhuisverblijf tot en met de derde dag na het ontslag. Dit geldt voor inwonende kinderen tot 12 jaar. Het aantal uren kinderopvang dat wij vergoeden hangt af van de leeftijd van uw jongste kind.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 Wilt u gebruik maken van kinderopvang? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Neem hiervoor contact met ons op.
- 2 De zorg wordt uitsluitend vergoed via de organisatie Zorg voor u, www.zorg-voor-u.nl.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a kinderopvang bij verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- b uitbreiding van het aantal uren die u normaal al geregeld heeft bij een kinderdagverblijf.

Intro	geen dekking
Start	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
Royaal	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
Excellent	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%

36 Leefstijlinterventies

Hieronder leest u in welke gevallen wij de kosten van leefstijlinterventies vergoeden.

36.1 Diëtetiek door een diëtist

Wij vergoeden de kosten van diëtetiek door een diëtist. Diëtetiek is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Heeft u op grond van de basisverzekering recht op vergoeding van diëtetiek? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisverzekering.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van én diëtetiek én voedingsvoorlichting (38.2) voor dezelfde diagnose.

Wilt u weten met welke diëtist wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	maximaal 2 uur per persoon per kalenderjaar

36.2 Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of (sport)diëtist

Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een (sport)diëtist. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De gewichtsconsulent moet aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de BGN.
- 2 De sportdiëtist moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportdiëtisten via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van én voedingsvoorlichting én diëtetiek (38.1) voor dezelfde diagnose.

Intro	maximaal €120,- per persoon per kalenderjaar
Start	maximaal €120,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal €120,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal €120,- per persoon per kalenderjaar

36.3 (Preventieve) cursussen

36.3.1 Wij vergoeden de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:

- a Bij hartproblemen een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling. Wij vergoeden niet de kosten van een sportvereniging of fitnesscentrum.
- b Bij lymfoedeem een bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel patiënten te leren zelf actief bij te dragen aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent. Deze docent moet de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem hebben gevolgd bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN).
- c Bij reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. De cursus moet worden georganiseerd door het Reumafonds of een thuiszorginstelling.
- d Bij diabetes type 2 een patiënten-, basis- of vervolgeducatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- e Bij afvallen 1 van onderstaande geselecteerde cursussen voor voedingsadvies:
 - 1 van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight;
 - het cursusaanbod van Biamed Nederland;
 - het cursusaanbod van Lekker Puh!;

- het cursusaanbod van Weight Watchers;
 - de cursus Sportief afvallen bij een thuiszorgorganisatie;
 - de cursus goede voeding voor ouderen georganiseerd door een thuiszorgorganisatie.
- f Een basis reanimatiecursus via een opleidingsinstituut welke geregistreerd is bij de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).
- g Een EHBO cursus die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
- h Een cursus eerste hulp bij kinderongevallen die opleidt tot het certificaat van het Oranje Kruis of het certificaat van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
- i Een cursus lekker in je vel. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- j Cursussen georganiseerd door patiëntenverenigingen. De cursus moet worden georganiseerd door een patiëntenvereniging die aangesloten is bij Patiëntenfederatie Nederland of bij het netwerk leder(in).
- k Een cursus kanjertraining. De cursus moet worden gegeven door licentiehouders aangesloten bij Instituut voor Kanjertrainingen B.V.
- l Het programma Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO).

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Intro	geen dekking
Start	maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar

36.4 Voedings- en beweegprogramma 'Afvallen & Afblijven'

Wij vergoeden de kosten van het 12 weekse voedings- en beweegprogramma 'Afvallen & Afblijven'.

Intro	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
Start	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

36.5 Slaapcursus

Wij vergoeden de kosten van:

- a een online slaapcursus of 'de slaapcoach', waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.
- b Een cursus slapen kun je leren. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Intro	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
Start	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

36.6 Cursus verminderen alcoholgebruik

Wij vergoeden de kosten van (preventieve) cursussen voor het verminderen van alcoholgebruik.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Intro	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
Start	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

36.7 Mindfulness

Wij vergoeden de kosten van een Mindfulness training.

Voorwaarde voor vergoeding

De Mindfulness training moet gegeven worden door een trainer die is aangesloten bij de Vereniging Mindfulness Based trainers in Nederland en Vlaanderen (VMBN). Deze kunt u vinden op de website www.vmbn.nl.

Intro	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
Start	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

36.8 Counselling

Wij vergoeden de kosten van counselling. Counseling is een kortdurende vorm van individuele psychosociale begeleiding.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 De behandelend counsellor moet zijn aangesloten bij de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC);
- 2 Op de nota moet duidelijk omschreven zijn dat het om counselling gaat.

Intro	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
Start	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

36.9 Zorg voor vrouwen

Wij vergoeden de kosten van gezondheidsadviezen, Overgangsklachten, Zwanger worden & Zwangerschap, Menstruatieproblemen, Anticonceptie en Borstzelfonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding

Het consult moet worden gegeven door een zorgverlener die is aangesloten bij Care for Women. U mag voor de overgangsklachten ook naar een overgangsconsulent van de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOG). Of een zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van voedingssupplementen of geneesmiddelen.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

36.10 Zelfhulpprogramma IncoCure

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met incontinentieproblemen de kosten van het online behandelingstraject van IncoCure.

Dit zelfhulpprogramma bestaat uit een digitale vragenlijst, waarna u online een diagnose krijgt. U krijgt behandeladvies op maat. Voor het invullen van de vragenlijst kunt u rechtstreeks naar de website van IncoCure: www.incocure.com.

Intro	geen dekking
Start	maximaal € 15,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 15,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 15,- per persoon per kalenderjaar

36.11 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 basis leefstijltraining voor:

- a hartpatiënten;
- b whiplashpatiënten;
- c mensen met stress- en burn-outgerelateerde klachten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal €1.000,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal €1.250,- per persoon per kalenderjaar

36.12 Health Check

Wij vergoeden de kosten van de health Check (preventieve gezondheidstest).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Wij vergoeden deze zorg bij verpleegkundigen van Care for Human die wij hiervoor hebben gecontracteerd of een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u een afspraak maken met een verpleegkundigen van Care for Human? Ga dan naar hun website. Kiest u voor een aanbieder die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Intro	1 keer per persoon per kalenderjaar
Start	1 keer per persoon per kalenderjaar
Royaal	1 keer per persoon per kalenderjaar
Excellent	1 keer per persoon per kalenderjaar

37 Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken

Bent u gehandicapt of chronisch ziek en ontvangt u thuis mantelzorg? En kan uw mantelzorger voor een periode van één of enkele weken deze mantelzorg door omstandigheden niet verlenen. Onder deze omstandigheden verstaan wij verlof, vakantie of een ziekenhuisopname voor een planbare operatie van de mantelzorger. Dan vergoeden wij bij afwezigheid van die mantelzorg de kosten van vervangende zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangende Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt ook de aanvraag. U kunt rechtstreeks contact opnemen met deze stichting via telefoonnummer 030 - 659 09 70.
- 2 U moet de zorg 8 weken van tevoren aanvragen.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal 14 dagen per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal 14 dagen per persoon per kalenderjaar

38 Sportmedische onderzoeken sportarts

Wij vergoeden de volgende kosten door een sportarts in een Sportmedische Instelling:

- a een sportmedisch onderzoek;
- b een sportkeuring;
- c een inspanningsonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding

De sportarts of Sportmedische Instelling moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

● Intro	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
● Start	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
● Royaal	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
● Excellent	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

39 Sportmedische begeleiding

Wij vergoeden de kosten van sportmedische begeleiding (trainingsadvies en individueel trainingsschema op basis van uitkomsten sportmedisch onderzoek) door een sportarts in een Sportmedische instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 Er moet vooraf een sportmedisch onderzoek door een sportarts zijn uitgevoerd in een Sportmedische Instelling.
- 2 De Sportmedische Instelling moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

● Intro	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
● Start	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
● Royaal	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
● Excellent	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

40 Sport- of koelbrace

Wij vergoeden de kosten van een sport-of koelbrace.

● Intro	1 sport- of koelbrace per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 50,-
● Start	1 sport- of koelbrace per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 50,-
● Royaal	1 sport- of koelbrace per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 50,-
● Excellent	1 sport- of koelbrace per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 50,-

41 Hardloophcoaching bij blessures

Wij vergoeden de kosten van het online coachingstraject van FysioRunning. Dit traject bestaat uit een screening en begeleiding van maximaal 13 weken.

Voor registratie/screening kunt u rechtstreeks naar de website www.fysiorunning.nl.

● Intro	1 online coachingstraject van FysioRunning per persoon per kalenderjaar
● Start	1 online coachingstraject van FysioRunning per persoon per kalenderjaar
● Royaal	1 online coachingstraject van FysioRunning per persoon per kalenderjaar
● Excellent	1 online coachingstraject van FysioRunning per persoon per kalenderjaar

42 Therapeutische vakantiekampen

Wij vergoeden de kosten van therapeutische vakantiekampen voor kinderen (42.1) en voor gehandicapten (42.2). Op deze vakantiekampen leert u omgaan met uw ziekte, aandoening of handicap, door training met lotgenoten.

42.1 Therapeutisch vakantiekamp voor kinderen

Voor kinderen tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp georganiseerd door de:

- a Stichting Heppie (voor kinderen met astma en/of constitutioneel eczeem);
- b Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- c Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- d Stichting De Ster (Sterkamp en Maankamp);
- e Nederlandse Hartstichting (Jump);
- f Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een betalingsbewijs aan ons geven.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal €150,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal €150,- per persoon per kalenderjaar

42.2 Therapeutisch vakantiekamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn, de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een betalingsbewijs aan ons geven. Op dit betalingsbewijs moet duidelijk omschreven zijn dat het om een therapeutisch vakantiekamp gaat.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal €150,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal €150,- per persoon per kalenderjaar