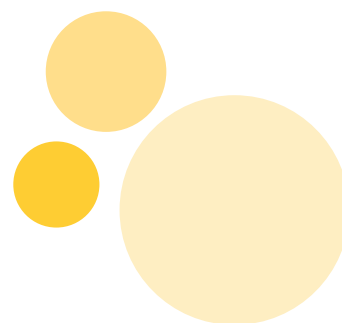


Voorwaarden ziektekostenverzekering voor studenten 2019 (Niet ZvW)



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I Begripsomschrijvingen	2	III Vergoedingen	14
II Algemene voorwaarden	7	Artikel 18 Dekking	14
Welkom bij Aevitae	7	Artikel 19 Bijzondere aanspraken	17
Artikel 1 Verzekerde zorg	7	Artikel 20 Huisartsenhulp, preventieve behandelingen en alternatieve en bijzondere geneeswijzen	18
Artikel 2 Algemene bepalingen	9	Artikel 21 Repatriëring stoffelijk overschot volwassen verzekerde	19
Artikel 3 Betalingen	10	Artikel 22 Uitsluitingen	20
Artikel 4 Overige verplichtingen	11		
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	12		
Artikel 6 Ingang, duur en beëindiging van de verzekering	12		
Artikel 7 Klachten en geschillen	13		
Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling	13		

I Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

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.

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 Tandheekkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Collectieve overeenkomst

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

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

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

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

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

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

Geboortecentrum

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

Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

Instelling

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oefentherapeut

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

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

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten verzekering is vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

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

Psychiater/zenuwarts

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

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

Seksuologisch hulpverlener

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

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

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 (aanvullende) verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekering

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven ziektekostenverzekering.

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 (aanvullende) verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Op uw zorgpolis staat vermeld welke maatschappij dit betreft.

II Algemene voorwaarden

Welkom bij Aevitae

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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

1.2 Medische noodzaak

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

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

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

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

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

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

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

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

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

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

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

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

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

1.6 Eigen risico

Op de door u afgesloten ziektekostenverzekering is een eigen risico van toepassing. Het eigen risico geldt per verzekerde per verzekeringsjaar en voor alle kosten van zorg die onder de dekking van deze verzekering vallen. U vindt het eigen risico bedrag op uw polisblad. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Indien wij de door u gemaakte kosten rechtstreeks aan de zorgverlener hebben betaald, kunnen wij het eventueel nog verschuldigde eigen risico bedrag bij u vorderen.

1.7 Rechtstreekse betaling

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

1.8 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.

1.9 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.

1.10 Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de 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 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.

1.11 Uitsluitingen

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

- 1.11.1** 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;
- 1.11.2** van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 1.11.3** die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 1.11.4** die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 1.11.5** waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2017, indien de verzekerde voor deze wet verzekerd is;
- 1.11.6** 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;
- 1.11.7** 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;
- 1.11.8** veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij;
- 1.11.9** 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;
- 1.11.10** of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae.

1.12 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 Verzekeringen

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

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de 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:

- het Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders.

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

2.4 Fraude

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

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

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreren in 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 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 verzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van veertien dagen. U kunt de 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 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 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 verzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

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

3.3.1 U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.3.2 Voor betaling per acceptgiro kunnen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening brengen.

3.3.3 U kunt ons toestemming verlenen voor automatische incasso voor de betaling van premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Voor het verlenen van toestemming voor automatische incasso van de premie enerzijds en van het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten anderzijds zijn twee aparte machtigingen benodigd.

3.3.4 Indien u Aevitae B.V. heeft gemachtigd eventuele eigen risico of andere bedragen via automatische incasso van uw rekening af te schrijven, ontvangt u (verzekeringnemer) van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen enkele dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren.

3.4 Verrekening

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

3.5 Niet-tijdig betalen

3.5.1 Wanneer u de premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Betaalt u niet binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, dan kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen.

3.5.2 Bij niet-tijdige betaling hebben wij tevens het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. De beëindigde aanvullende verzekeringen kunnen hervat worden zodra u de volledige premieachterstand heeft voldaan. Hiertoe dient u zelf, binnen één maand na betaling, een schriftelijk verzoek bij ons in te dienen. De dekking van de aanvullende verzekeringen gaat dan weer in vanaf de eerste dag van de maand volgend op de datum waarop wij van u de betaling hebben ontvangen. Indien uw verzoek de termijn van één maand na betaling overschrijdt, is de ingangsdatum van de aanvullende verzekeringen 1 januari van het volgende kalenderjaar. De aanvullende verzekeringen worden niet automatisch hervat als u hiervoor geen verzoek indient.

3.5.3 Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.5.4 Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.5 Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.5.6 Als wij de 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 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 verzekering van belang zijn. Dit zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, verhuizing, geboorte, adoptie of wijziging IBAN. 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 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 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 Ingang, duur en beëindiging van de verzekering

6.1 Ingang, duur en einde

- 6.1.1 De verzekering gaat in op de dag waarop Aevitae het verzoek hiertoe van of ten behoeve van de verzekerde heeft ontvangen.
- 6.1.2 Indien Aevitae op basis van het in lid 6.1.1 bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de verzekering, in afwijking van lid 6.1.1, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- 6.1.3 Aevitae verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, doet en, indien dit een ander is dan degene ten behoeve van wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstbedoelde persoon onverwijld:
- een bewijs van het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in lid 6.1.2, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.
- 6.1.4 Indien degene ten behoeve van wie de verzekering wordt gesloten op de dag waarop Aevitae het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de verzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 6.1.1 of 6.1.2, gaat de verzekering op die latere dag in.
- 6.1.5 De verzekering eindigt
- automatisch op 1 september volgend op de 35e verjaardag;
 - door beëindiging van de studie, hetgeen door de verzekeringnemer schriftelijk dient te worden medegedeeld;
 - bij permanente vestiging van de verzekerde in het buitenland;
 - met ingang van de dag waarop de verzekeraar onder overlegging van de bewijsstukken, de schriftelijke mededeling heeft ontvangen van inschrijving krachtens de zorgverzekeringswet
- 6.2 Einde van rechtswege
- De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:
- 6.2.1 de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden;

- 6.2.2 de verzekerde overlijdt.
Aevitae stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het onder 6.2.1 gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt. De verzekeringnemer stelt Aevitae onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder lid 6.2.2 gestelde, tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Indien Aevitae op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.
- 6.3 **Opzegging door de verzekeringnemer**
De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen:
- vóór 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
 - in de situaties vermeld in artikel 5.2.
- 6.4 **Opzegging door de zorgverzekeraar**
De zorgverzekeraar kan de verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen:
- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.5;
 - bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of bescheiden aan Aevitae die tot nadeel voor de zorgverzekeraar (kunnen) leiden;
 - indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet Aevitae en/of de zorgverzekeraar te misleiden of indien de zorgverzekeraar geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. De zorgverzekeraar kan de zorgverzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. De zorgverzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of hij kan de uitkering verminderen. De zorgverzekeraar kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.
- 6.5 **Gezondheidsrisico**
Aevitae kan de verzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.
- 6.6 **wijze van opzeggen**
Zowel de verzekeringnemer als de zorgverzekeraar kan de verzekering slechts schriftelijk opzeggen.
- 6.7 **Bewijs van einde**
Indien de verzekering eindigt, verstrekt Aevitae de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de verzekering.

Artikel 7 Klachten en geschillen

- 7.1 **Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.**
- 7.1.1 U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
- 7.1.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.
- 7.2 **Klachten over onze formulieren**
- 7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com.
- 7.2.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

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

III Vergoedingen

Artikel 18 Dekking

De verzekeraar vergoedt de kosten die voor haar verzekerden zijn ontstaan, ten gevolge van medisch noodzakelijke hulp wegens ziekte of ongeval, voorzover het risico in de verzekering is begrepen, overeenkomstig de hierna genoemde dekking, op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde rechtsgeldige tarief.

18.1 Ziekenhuisverpleging

- 18.1.1 Volledige vergoeding van de kosten van verpleging, van de kosten van klinische specialistische en/of kaakchirurgische hulp en van de bijkomende kosten, tot ten hoogste de tarieven van de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen;
- 18.1.2 Ingeval de moeder wegens borstvoeding in verband met verpleging van een zieke zuigeling in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de verblijfkosten van de moeder gedurende maximaal 4 dagen vergoed;
- 18.1.3 De kosten van transplantatie van de volgende donororganen komen voor vergoeding in aanmerking: huid, hoornvlies, beenmerg, nier, lever (orthotoop) en hart, alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door de Stichting Eurotransplant Nederland. De kosten van transplantaties van andere organen (waaronder hart-longtransplantaties) worden niet vergoed. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze behandelingen erkende instelling, hiervoor wettelijk goedgekeurde tarieven zijn afgegeven en na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar;
- 18.1.4 De verzekeringnemer is verplicht van een opname in een ziekenhuis, respectievelijk van een overschrijding van de toegestane opnemingstermijn, zo mogelijk van tevoren, doch in ieder geval binnen 3 dagen, schriftelijk kennis te geven of te doen geven aan de verzekeraar, door middel van het daarvoor bestemde formulier, volledig ingevuld en ondertekend door de behandelend arts.

18.2 Revalidatie en dagverpleging

- Volledige vergoeding van:
- 18.2.1 de kosten van revalidatiedagbehandeling, volgens het door de specialist opgestelde behandelplan en na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar;
- 18.2.2 hartrevalidatie;
- 18.2.3 de kosten van de bedverpleging en van de kosten van de daarbij behorende specialistische hulp.

18.3 Nierdialyse

Volledige vergoeding van de kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgelegd, indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek tevoren schriftelijk toestemming heeft verleend, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

18.4 Poliklinische specialistische hulp

- Volledige vergoeding van:
- 18.4.1 de kosten van specialistische hulp;
- 18.4.2 de bijkomende kosten;
- 18.4.3 de kosten van operatieve ingrepen door een plastisch chirurg, na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar op grond van een verklaring van de behandelend arts;
- 18.4.4 de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- 18.4.5 de kosten van het raadplegen van een andere specialist (‘second opinion’), indien de behandelende specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld;
- 18.4.6 de kosten van audiologische hulp in een - daartoe door de bevoegde overheidsinstantie erkend- audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts of specialist.

18.5 Fysiotherapie en oefentherapie

Volledige vergoeding van de kosten van ten hoogste 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, op voorschrift van een huisarts of specialist, door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar, mits sprake is van behandelingen als vermeld in het Fysiotherapeuten Besluit of de Besluiten Oefentherapeuten Mensendieck/Cesar. De kosten van de voortzetting van de behandelingen na het bereiken van het hiervoren genoemde aantal kunnen uitsluitend worden vergoed na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Op verzoek wordt een aanvraagformulier toegezonden.

Niet voor vergoeding in aanmerking komen de kosten van o.a.: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

18.6 Logopedische behandeling

Volledige vergoeding van de kosten van ten hoogste 24 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, op voorschrift van een huisarts of specialist, door een logopedist, mits sprake is van behandelingen als vermeld in het Logopedisten Besluit. De kosten van de voortzetting van de behandelingen na het bereiken van het hier genoemde aantal kunnen uitsluitend worden vergoed na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Op verzoek wordt een aanvraagformulier toegezonden.

18.7 Bevalling en kraamzorg

18.7.1 Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak:

- a volledige vergoeding van de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse;
- b volledige vergoeding van het honorarium van verloskundige hulp.

18.7.2 Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, poliklinisch of thuis:

- a volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige hulp in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- b volledige vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek;
- c een vaste vergoeding van € 500,00 per bevalling.

In plaats van deze € 500,00 kan worden gekozen voor kraamzorg in natura, bij een door de verzekeraar gecontracteerde kraamzorgorganisatie, die tot een maximum van 20 uur kraamzorg verleent. Dit onder aftrek van 4 uur kraamzorg voor elke medisch noodzakelijke opnamedag van de verzekerde moeder in een inrichting, te rekenen vanaf (en met inbegrip van) de dag van de bevalling. Deze kraamzorg moet tenminste vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij de verzekeraar aangevraagd worden.

18.7.3 Combinatie:

Bij een combinatie van hulp genoemd onder artikel 18.7.1 en artikel 18.7.2 vervalt de vaste vergoeding van € 500,00 genoemd onder artikel 18.7.2

18.8 Tandheelkundige hulp

18.8.1 Kaakchirurgische behandeling:

Volledige vergoeding van de kosten van behandeling of onderzoek door een kaakchirurg, volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven;

18.8.2 Kaakorthopedische behandeling (orthodontie):

Volledige vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts indien de behandeling verband houdt met een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of palatoschisis); De kosten van vervanging of reparatie na onzorgvuldig gebruik zijn uitgesloten van vergoeding.

18.8.3 Overige kaakorthopedische behandelingen (gebitsregulatie) voor verzekerden jonger dan 21 jaar:

Vergoeding tot ten hoogste € 1.500,00 gedurende de looptijd van de verzekering voor de kosten van behandeling door een orthodontist of door een tandarts. Indien de aangevangen kaakorthopedische behandeling niet eindigt voor het bereiken van de 21-jarige leeftijd, zal voor die behandeling eveneens vergoeding van kosten plaatsvinden; De kosten van vervanging of reparatie na onzorgvuldig gebruik zijn uitgesloten van vergoeding.

18.8.4 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen:

Volledige vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het recht op deze vergoeding is vastgesteld in de uniforme regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van deze verzekering en is op aanvraag verkrijgbaar.

De regeling vereist behandelingen in een centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, kent een limitatieve lijst van afwijkingen waarop de vergoeding van toepassing is en stelt het vooraf schriftelijk toestemming verlenen door de verzekeraar, aan welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden verbonden;

18.8.5 Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 21 jaar:

Vergoeding van 75% van de kosten tot een maximum van € 250,00 per verzekerde per kalenderjaar voor behandeling door een tandarts, een dienst voor jeugdtandverzorging of een erkend centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.

18.9 Ziekenvervoer

18.9.1 Vergoeding van de kosten van medisch geïndiceerd ziekenvervoer in Nederland, indien en voor zover de behandelend arts vervoer per openbaar vervoermiddel om medische reden onverantwoord acht, naar en van een ziekenhuis, kraaminrichting of de plaats waar een specialist praktijk uitoefent dan wel van of naar voorziening welke geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz) komen, overeenkomstig de volgende regeling:

a volledige vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance, hulpambulance of rolstoelbus;

b vergoeding van de kosten van vervoer per taxi, alsmede vervoer met eigen auto

(€ 0,20 per km), met een eigen risico van € 45,00 per polis per kalenderjaar;

18.9.2 Geen aanspraak op vergoeding van kosten van vervoer kan worden gemaakt bij verblijf in een ziekenhuis voorzover dat kan worden geacht ononderbroken voort te duren.

18.10 Hulpmiddelen

18.10.1 Vergoeding van de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering, voorgeschreven door de behandelend arts, overeenkomstig de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze voorwaarden en is op aanvraag bij verzekeraar verkrijgbaar.

Hierbij gaat het onder andere om de hieronder genoemde hulpmiddelen:

In eigendom:

- prothesen;
- orthesen;
- gezichtshulpmiddelen;
- gehoorhulpmiddelen;
- verzorgingsmiddelen;
- pessaria;
- hulpmiddelen voor mobiliteit (gedeeltelijk in bruikleen)
- pruiken;
- injectiespuiten;
- elastische kousen;
- hulpmiddelen bij diabetes (gedeeltelijk in bruikleen);
- apparatuur voor positieve uitademingsdruk;
- draagbare uitwendige infuuspompen (gedeeltelijk in bruikleen);
- schoenvoorzieningen;
- hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (gedeeltelijk in bruikleen);
- inrichtingselementen van de woning (gedeeltelijk in bruikleen);

In bruikleen:

- zuurstofapparatuur dan wel zuurstofconcentrator met toebehoren;
- longvibrator;
- vernevelaar met toebehoren;
- tv-loupe;
- uitwendig elektrostimulator tegen chronische pijn met toebehoren;
- solo-apparatuur met toebehoren;
- tactiel-leesapparatuur;

18.10.2 Vergoeding tot een maximum van in totaal € 230,00 per verzekerde per kalenderjaar, van de eigen bijdrage die de verzekerde verschuldigd is boven de krachtens de Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland verleende gemaximeerde vergoeding van hulpmiddelen;

18.10.3 De hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar;

18.10.4 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld;

18.10.5 De kosten van normaal gebruik en onderhoud van hulpmiddelen zijn uitgesloten van vergoeding;

18.11 Farmaceutische hulp

- 18.11.1 Vergoeding van de kosten van farmaceutische hulp overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, die op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige is geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;

De Regeling Farmaceutische Hulp maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en is op aanvraag verkrijgbaar bij de verzekeraar;

- 18.11.2 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde 'Geneesmiddelenvergoedingssysteem' (GVS) van toepassing verklaard. De eigen bijdrage die verschuldigd is boven de krachtens het GVS gemaximeerde vergoeding wordt volledig vergoed;
- 18.11.3 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed indien en voorzover daarvoor vooraf door de verzekeraar toestemming is verleend. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis;
- 18.11.4 Niet voor vergoeding in aanmerking komen:
- vaccinaties;
 - versterkende middelen, voedings- en vermageringsmiddelen;
 - tonica, medicinale wijnen en/of traanprodukten;
 - zepen, shampoo, badoliën, lotions en/of haargroeimiddelen;
 - laxemiddelen;
 - een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel-gaas ter zake van verloskundige hulp;
 - verbandmiddelen, tenzij er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
 - middelen die voor andere indicaties worden toegepast dan waarvoor WOG registratie is afgegeven;
 - middelen die niet voldoen aan het Besluit homeopatische farmaceutische produkten;
 - nicotinepleisters en/of nicotinekauwgom.

18.12 Anticonceptiva voor verzekerden van 16 jaar en ouder

- 18.12.1 Vergoeding van de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's) aan vrouwelijke verzekerden.
- 18.12.2 Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- 18.12.3 Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (bovenlimietprijs Geneesmiddelenvergoedingssysteem).

Artikel 19 Bijzondere aanspraken

19.1 Buitenland

- 19.1.1 Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, dienstzaken of studietoelagen tot ten hoogste 100% van de kosten die bij een soortgelijke behandeling in Nederland zouden zijn uitgekeerd;
- 19.1.2 In geval van ziekenhuisverpleging worden maximaal 365 verpleegdagen vergoed, tot ten hoogste tweemaal het bedrag van de kosten van een soortgelijke behandeling in het Diaconessenhuis te Utrecht;
- 19.1.3 In geval van een acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de Aevitae Alarmcentrale, dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend. Het telefoonnummer van de Aevitae Alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- 19.1.4 Volledige vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- 19.1.5 Vergoeding van de kosten van repatriëring per ambulance en/of per vliegtuig, alsmede van de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding, indien hiervoor medische noodzaak aanwezig is tot ten hoogste € 6.810,00 per gebeurtenis. Ter beoordeling van de medische noodzaak dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de verzekeraar of Aevitae Alarmcentrale als bedoeld in artikel 19.1.3. Onder repatriëring wordt verstaan: het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar Nederland, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland als bedoeld in artikel 19.1.1;
- 19.1.6 De kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen en fertiliteitsbevorderende behandelingen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- 19.1.7 Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten verband houdend met medische hulp die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in het buitenland;

- 19.1.8** Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking nota's die zijn gesteld in de Nederlandse, Franse, Duitse, Engelse of Spaanse taal. Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.
- 19.2 Sterilisatie en abortus**
Volledige vergoeding van de kosten van sterilisatie en abortus door een specialist in een ziekenhuis.
- 19.3 Leukemie bij kinderen**
Volledige vergoeding van de kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).
- 19.4 Donorkosten bij orgaantransplantaties**
Volledige vergoeding van de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor de donor is verzekerd. Tevens worden vergoed de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de desbetreffende orgaantransplantatie.
- 19.5 Fertiliteitsbevorderende behandelingen**
19.5.1 Volledige vergoeding van de kosten van operatieve ingrepen en van kunstmatige inseminatie;
19.5.2 Een tegemoetkoming in de kosten van in vitro fertilisatie-behandelingen. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend in geval sprake is van een alom geaccepteerde medische indicatie en als de behandeling plaatsvindt in een daarvoor aangewezen ziekenhuis na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Nadere voorwaarden zijn in ieder geval dat:
a maximaal drie pogingen per behandelend vrouwelijke verzekerde voor vergoeding in aanmerking komen;
b per poging een eigen bijdrage (niet zijnde eigen risico) geldt van € 363,00.
- 19.6 Diëtistische voedingsadviezen**
Vergoeding van maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar voor voedingsadviezen door een diëtist na schriftelijke verwijzing door de huisarts of de behandelende specialist.
- 19.7 Erfelijkheidsonderzoek**
Volledige vergoeding van de kosten van onderzoek, advies en begeleiding in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar.
- 19.8 Groepstherapie voor reumapatiënten**
Vergoeding voor leden van de reumapatiëntenvereniging tot een maximum van € 137,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van groepstherapie onder leiding van een fysiotherapeut.
- 19.9 Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis**
Vergoeding van de kosten van nachtelijk verblijf tot een maximum van € 35,00 per nacht per verzekerde in aansluiting aan een poliklinische behandeling voor bestraling c.q. behandeling met cytostatica in Daniël den Hoed kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis.
- 19.10 Cpap/bpap-apparatuur**
19.10.1 Vergoeding van de kosten tot een maximum van € 2.270,00 per verzekerde per kalenderjaar voor CPAP-apparatuur;
19.10.2 Vergoeding van de kosten tot een maximum van € 4.538,00 per verzekerde per kalenderjaar voor BPAP-apparatuur;
19.10.3 Vergoeding vindt alleen plaats na voorafgaande schriftelijke toestemming.
- 19.11 Zelfstandig behandelcentrum**
Vergoeding van de (bijkomende) kosten op basis van het door of namens de verzekeraar met de zelfstandig behandelcentrum overeengekomen tarief voor de gecontracteerde verrichtingen die in dagbehandeling in een zelfstandig behandelcentrum plaatsvinden.

Artikel 20 Huisartsenhulp, preventieve behandelingen en alternatieve en bijzondere geneeswijzen

20.1 Huisartsenhulp

Volledige vergoeding van de kosten van huisartsenhulp.

Onder huisartsenhulp wordt verstaan consulten op het spreekuur van een huisarts, zowel als visites van een huisarts ten huize van de verzekerde.

Niet voor vergoeding in aanmerking komen visites van een huisarts, gemaakt in een ziekenhuis.

Kosten ontstaan door keuringen en andere niet strikt medisch noodzakelijke gevallen, worden evenmin vergoed.

20.2 Preventieve behandelingen

Tevens worden vergoed de kosten van de volgende preventieve behandelingen:

- a elektrocardiogrammen (E.C.G. 's) (maximaal eenmaal per verzekerde per kalenderjaar) tot een maximum van twee maal het COTG tarief voor het consult van een huisarts;
- b baarmoederhalsonderzoek (uitstrijkje) tot een maximum van € 9,25 per verzekerde;
- c borstkankeronderzoeken.

20.3 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

Vergoeding van de kosten van ten hoogste 20 consulten en/of behandelingen, tot maximaal € 28,00 per consult of behandeling, per verzekerde per kalenderjaar van:

- 1 natuurgeneeskundige consulten en/of behandelingen door een arts die praktiseert als natuurarts of
- 2 homeopathische consulten en/of behandelingen door een arts die praktiseert als homeopatisch arts of
- 3 antroposofische consulten en/of behandelingen door een arts die praktiseert als antroposofische arts of
- 4 consulten en/of acupunctuurbehandelingen door een arts-acupuncturist of door een lid van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur of
- 5 consulten en/of behandelingen door een arts die behandelt volgens de Moerman- therapie of
- 6 consulten en/of enzymtherapeutische behandelingen door een arts die praktiseert als enzymtherapeut of
- 7 consulten en/of flebologische/proctologische behandelingen door een arts die als fleboloog/proctoloog werkzaam is of
- 8 consulten en/of manueel therapeutische behandelingen door een arts voor manuele therapie of een manueel therapeut of
- 9 consulten en/of behandelingen door een arts voor orthomanuele therapie of orthopedische geneeskunde of
- 10 consulten en/of chiropractische behandelingen door een chiropractor die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie of
- 11 consulten en/of podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut, met uitzondering van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen of
- 12 psoriasisbehandelingen in een voor deze behandeling erkend centrum;
- 13 vergoeding van de kosten van euritmitherapie en/of therapeutische schilder- en boetseerlessen op voorschrift van een antroposofisch arts.

Uitsluiting

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

Artikel 21 Repatriëring stoffelijk overschot volwassen verzekerde

21.1 Dekking

Een maximale vergoeding van € 6.810,00 ten behoeve van de repatriëring van het stoffelijk overschot naar het land van herkomst van een op polis verzekerde volwassene, indien het overlijden als gevolg van een ziekte of een ongeval in Nederland heeft plaatsgevonden.

21.2 Begunstiging

21.2.1 Tenzij anders op het polisblad is vermeld, zijn de bij deze verzekering aangewezen begunstigten:

- de verzekeringnemer;
- de erfgenamen van de verzekerde

21.2.2 Geen aanwijzing, wijziging of aanvaarding van de begunstiging, noch enigerlei rechtshandeling met een derde ten aanzien van de verzekering kan - ongeacht de rechtsgeldigheid - aan de maatschappij worden tegengeworpen zolang de verzekeringnemer het voornemen daartoe niet schriftelijk bij de maatschappij heeft kenbaar gemaakt.

21.3 Uitsluitingen

- 21.3.1** Er bestaat geen recht op uitkering in geval van overlijden:
- 1 door zelfdoding of als gevolg van een poging daartoe;
 - 2 tijdens of ten gevolge van vreemde krijgs- of gewapende dienst;
 - 3 tijdens of ten gevolge van of in verband met zijn deelnemen aan een vlucht met een luchtvaartuig.
- 21.3.2** Door de begunstigde kunnen aan deze verzekeringsovereenkomst geen rechten worden ontleend, indien de begunstigde de verwezenlijking van het risico opzettelijk teweeg heeft gebracht.
- 21.3.3** Er bestaat geen recht op uitkering ingeval het overlijden een gevolg is van ziekten of afwijkingen die voor of bij het aanvragen van de verzekering bestonden of klachten veroorzaakten en waarvan de verzekeringnemer of de verzekerde op dat tijdstip kennis droeg zonder hiervan mededeling te doen op het aanvraagformulier, tenzij anders werd overeengekomen. Het hiervoren bepaalde is niet van toepassing indien de verzekeraar van die ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk in kennis is gesteld en bij aanvaarding van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;
- 21.3.4** Er bestaat geen recht op uitkering ingeval het overlijden een gevolg is van ziekten of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten;
- 21.3.5** Er bestaat geen recht op uitkering ingeval het overlijden een gevolg is van of verband houden met atoomkernreacties (tenzij aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde), onlusten, oproer, burgeroorlog, oorlog of daarmede in feite overeenkomende toestanden;
- 21.3.6** Er bestaat geen recht op uitkering ingeval het overlijden is ontstaan door ziekten of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten- een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit vloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege, subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

Artikel 22 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- 24.1** ingeval de kosten een gevolg zijn van ziekten of afwijkingen die voor of bij het aanvragen van de verzekering, van een uitbreiding van de verzekering of van een verhoging van de verzekerde klasse bestonden of klachten veroorzaakten en waarvan de verzekeringnemer of de verzekerde op dat tijdstip kennis droeg zonder hiervan mededeling te doen op het aanvraagformulier, tenzij anders werd overeengekomen. Het hiervoren bepaalde is niet van toepassing indien de verzekeraar van die ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk in kennis is gesteld en bij aanvaarding van de verzekering, uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;
- 24.2** ingeval de kosten een gevolg zijn van ziekten of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten;
- 24.3** voor tandheelkundige implantaten en behandelingen die verband houden met of voorafgaan aan het plaatsen van implantaten en inwendige elektrostimulators, alsmede voor de kosten van het inbrengen hiervan;
- 24.4** ingeval de kosten verband houden met andere dan de in artikel 19.5 bedoelde fertiliteitsbevorderende behandelingen, het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie, chelatie- en celtherapie, psycho-analyse of hulp verleend door een psycholoog en/of psychotherapeut;
- 24.5** ingeval de kosten zijn ontstaan door onderzoek en/of behandeling door een hoogleraar-specialist, tenzij en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek vooraf hiertoe schriftelijk toestemming heeft gegeven.
- Indien de verzekeraar geen toestemming heeft gegeven tot onderzoek en/of behandeling door de hoogleraar-specialist, bestaat er slechts aanspraak op vergoeding tot maximaal de kosten van onderzoek en/of behandeling door een specialist/niet-hoogleraar;
- 24.6** ingeval de kosten betrekking hebben op vormverbeterende operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of lichamelijke ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 24.7** ingeval de kosten betrekking hebben op de eigen bijdragen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

- 24.8** ingeval de kosten een gevolg zijn van of verband houden met atoomkernreacties (tenzij aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde), onlusten, oproer, burgeroorlog, oorlog of daarmee in feite overeenkomende toestanden;
- 24.9** ingeval de kosten zijn ontstaan door ziekten of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten- een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit vloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege, subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;
- 24.10** ingeval de verzekerde wegens wangedrag de inrichting bij een vorige verpleging heeft moeten verlaten of de inrichting tegen het advies van de behandelend geneesheer heeft verlaten en daarna voor dezelfde ziekte opnieuw moet worden opgenomen;
- 24.11** in geval van het door de verzekeringnemer, de verzekerde en/of een derde opzettelijk verstrekken van onjuiste gegevens.
- 24.12** ingeval de kosten betrekking hebben op specialistische Geestelijke Gezondheidszorg (specialistische GGZ).