

Voorwaarden en vergoedingen aanvullende verzekeringen Avéro Achmea 2012

Ingangsdatum 1 januari 2012

Inhoudsopgave

	pag.		pag.	
Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	2	Artikel 22	Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie	14
Artikel 1	2	Artikel 23	Vervoer van zieken	15
Artikel 2	2	Artikel 24	Buitenland	15
Artikel 3	3	Artikel 25	Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland	16
Artikel 4	3	Artikel 26	Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland	16
Artikel 5	3	Artikel 27	Herstellingsoorden	17
Artikel 6	3	Artikel 28	Therapeutische kampen	17
Artikel 7	4	Artikel 29	Herstel en Balans	17
Artikel 8	4	Artikel 30	Therapie/podologie/podoposturale therapie/steunzolen	18
Aanvullende verzekeringen Start, Extra, Royaal en Excellent	5	Artikel 31	Pedicurezorg	18
Artikel 1	5	Artikel 32	Huidverzorging	18
Artikel 2	5	Artikel 33	Mantelzorgvervanging voor gehandicapten en chronisch zieken	19
Artikel 3	5	Artikel 34	Vakantiehotels en vaarvakanties voor gehandicapten en	19
Artikel 4	6	Artikel 35	Preventieve onderzoeken	19
Artikel 5	6	Artikel 36	Leefstijlinterventies	20
Artikel 6	6	Artikel 37	Sportmedisch onderzoek	21
Artikel 7	7	Artikel 38	Sportarts	22
Artikel 8	7	Artikel 39	Obesitasbehandeling	22
Artikel 9	7	Artikel 40	Orthodontie	22
Artikel 10	7	Artikel 41	Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	23
Artikel 11	8	Artikel 42	Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 18 jaar	23
Artikel 12	9	Artikel 43	Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)	24
Artikel 13	9	Artikel 44	Hospice	24
Artikel 14	9	Artikel 45	Zorgregelaar	24
Artikel 15	10	Artikel 46	Griepvaccinatie	25
Artikel 16	10	Artikel 48	Health Check	25
Artikel 17	13	Artikel 47	Patiëntenverenigingen	25
Artikel 18	13	Artikel 48	Uitkering bij een Ongeval	25
Artikel 19	13			
Artikel 20	14			
Artikel 21	14			

	pag.		pag.
Aanvullende verzekeringen Tandartskosten (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent)	26	Artikel 3	Informatie/vragen over vergoedingen
Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering Service bij het (Keuze) Zorg Plan	27	Artikel 4	Achmea health Centers
Artikel 1 Algemene contactinformatie	28	Artikel 5	Aevitae Hulpdienst (alarmcentrale)
Artikel 2 Informatie/vragen over uw polisgegevens en het indienen van declaraties	28	Artikel 6	Vakantiedokter
		Artikel 7	Zorgregelaar
		Artikel 8	Verhaalsbijstand en/of juridisch advies
			29
			29

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 18 die gelden voor het (Keuze) Zorg Plan zijn, met uitzondering van artikel 2.1 eerste zin, ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op het (Keuze) Zorg Plan.

Budgethouder

Persoon aan wie ingevolge de AWBZ en/of de Wmo een persoonsgebonden budget (PGB) is toegekend en die verantwoording over de besteding van het PGB verschuldigd is.

Mantelzorger

Degene die onbetaald langdurig en/of intensief zorgt voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buiten af en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgregelaar

Degene die complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, AWBZ en de Wmo beantwoordt, die zoekwerk verricht en adviseert op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën en die (indien noodzakelijk) de daarmee gepaard gaande regeltaken van verzekerde en of mantelzorger kan overnemen voor zover deze zorg niet wordt gedekt door de wettelijke zorgaanspraken.

Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat Achmea Zorgverzekeringen N.V. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000647.

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

- 2.1** Iedereen, die recht heeft op het (Keuze) Zorg Plan, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. Een aanvullende verzekering kan nooit, met uitzondering van artikel 3.1.1, met terug werkende kracht worden aangegaan. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (alleen mogelijk indien de aanvraag gelijktijdig geschiedt met de aanvraag voor het (Keuze) Zorg Plan).
- 2.2** Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
 - u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 18 van het (Keuze) Zorg Plan;
 - uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
 - u op het moment van aanmelding al zorg behoeft, dan wel er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen van de aanvullende verzekering.
- 2.3** Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de aanvullende verzekering van (één van) de bij ons verzekerde ouders.

Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

3.1 INANGSDATUM EN DUUR VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING

3.1.1 U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende (Keuze) Zorg Plan, tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar, uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt, met terugwerkende kracht, plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.

3.1.2 U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende aanvullende verzekering, tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar, wijzigen. De wijziging vindt, met terugwerkende kracht, plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.

3.2 EINDE VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING

3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende verzekering beëindigen:

- door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
- door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

3.2.2 Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n), die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd:

- op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen de door ons in de tweede schriftelijke aanmaning gestelde betalingstermijn nog niet zijn betaald;
- met onmiddellijke ingang;
- wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;
- wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
- bij aangetoonde fraude, zoals omschreven in artikel 18 van het (Keuze) Zorg Plan.

Artikel 4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn alleen van toepassing op het (Keuze) Zorg Plan en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 5 Premie

5.1 HOOGTE VAN DE PREMIE

5.1.1 De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Wanneer de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de overschrijding plaatsvindt.

5.1.2 Als één van de ouders bij ons een basisverzekering en het (Keuze) Zorg Plan heeft afgesloten, dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar geen premie verschuldigd voor het (Keuze) Zorg Plan.

5.2 NIET-TIJDIGE BETALING

In aanvulling op artikel 9.3 en 9.4 van het (Keuze) Zorg Plan geldt dat de aanvullende verzekeringen beëindigd worden, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De vergoedingen vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wanneer de premieachterstand is voldaan, is het mogelijk dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw af te sluiten. Hieraan kan een medische beoordeling voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

Artikel 6 Wijziging van premie en/of voorwaarden

6.1 Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

6.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.

6.3 Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.

6.4 U mag de wijziging niet weigeren wanneer:

- de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens.

Artikel 7 Vergoedingen

- 7.1** U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- 7.2** **AANSPRAKEN BIJ VERBLIJF IN HET BUITENLAND**
De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.
In het kader van deze bepaling is artikel 19 dat geldt voor het (Keuze) Zorg Plan van overeenkomstige toepassing. Wanneer in deze voorwaarden wordt gesproken over een 100% vergoeding dan betekent dit in het kader van dit artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.
Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Dit artikel is tevens niet van toepassing op artikel 24 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering Start, Extra, Royaal en Excellent. Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.
- 7.3** **SAMENLOOP**
- 7.3.1** U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen.
Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:
- kosten die met het eigen risico van het (Keuze) Zorg Plan zijn verrekend, tenzij het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoed wordt vanuit de collectieve aanvullende verzekering;
 - wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.
- 7.3.2** Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.
- 7.4** De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clausuleblad en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 7.5** Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
- het (Keuze) Zorg Plan;
 - Service bij (Keuze) Zorg Plan;
 - de aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
 - de aanvullende verzekeringen (Start, Extra, Royaal en Excellent);
 - de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering.

Artikel 8 Geldend maken van zorgaanspraken

Artikel 13.2 van het (Keuze) Zorg Plan is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Artikel 9 Materiële controle en fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor het (Keuze) Zorg Plan is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Aanvullende verzekeringen Start, Extra, Royaal en Excellent

Voorwaarden en vergoedingen aanvullende verzekeringen. Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u bij ons heeft afgesloten.

Wij vergoeden de kosten van:

Artikel 1 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, vergoeden wij bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,30 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (tweede klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen, zodat wij kunnen controleren of het bezoek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Indien wij daarom verzoeken, dient u dit bezoek aan te tonen. Dit kan bij voorbeeld door middel van parkeerbonnen of een door verzekerde op te stellen en door het te bezoeken ziekenhuis of de revalidatie-inrichting gewaarmerkte presentielijst.
- Bij pakket Start en Extra geldt dat de enkele reisafstand tussen het ziekenhuis en uw huis meer dan 50 kilometer moet bedragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

■ Start	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
■ Extra	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
■ Royaal	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
■ Excellent	100%

Artikel 2 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Wij vergoeden de kosten van overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis, wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat.

■ Start	maximaal € 35,- per dag
■ Extra	maximaal € 35,- per dag
■ Royaal	maximaal € 35,- per dag
■ Excellent	maximaal € 35,- per dag

Artikel 3 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie

3.1 PLASTISCHE CHIRURGIE (MET MEDISCHE INDICATIE) CORRECTIE BOVENOOGLEDEN

Wij vergoeden de kosten van plastische chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer er sprake is aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Bij pakket Start en Extra geldt dat u de door ons geselecteerde zorgverleners, die door ons vergoed worden, kunt vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

■ Start	100% bij door ons geselecteerde zorgverleners
■ Extra	100% bij door ons geselecteerde zorgverleners
■ Royaal	100% bij alle zorgverleners
■ Excellent	100% bij alle zorgverleners

3.1.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie) overige behandelingen

In aanvulling op artikel 3.1 vergoeden wij de behandeling door een medisch specialist.

Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van een medische noodzaak.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten voor behandelingen met botox, fillers, (autologe) lipofilling, peeling, laser- of refractiechirurgie.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	100% bij alle zorgverleners

3.2 COSMETISCHE CHIRURGIE (ZONDER MEDISCHE INDICATIE)

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarde

De ingreep betreft een behandeling door een medisch specialist.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten voor behandelingen met botox, fillers, (autologe) lipofilling, peeling, laser- of refractiechirurgie.

■ Start	100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar bij door ons geselecteerde zorgverleners, overige behandelingen geen dekking
■ Extra	100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar bij door ons geselecteerde zorgverleners, overige behandelingen geen dekking
■ Royaal	100% voor de correctie van de oorstand bij alle zorgverleners, overige behandelingen geen dekking
■ Excellent	100% voor de correctie van de oorstand bij alle zorgverleners, overige behandelingen maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 4 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserverhandeling.

Voorwaarde

De oogarts die de ooglaserverhandeling uitvoert moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NOG.

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

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 500,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	maximaal € 500,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	maximaal € 750,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Kortingsregeling bij Visionclinics

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Visionclinics gebruik maken van een kortingsregeling.

Informatie over de kortingsregeling kunt u vinden op onze website of bij ons of bij Visionclinics opvragen.

Artikel 5 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie, als de behandeling plaatsvindt in:

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

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

■ Start	geen dekking
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 6 Circumcisie

Wij vergoeden de kosten van circumcisie (besnijdenis) van de man op religieuze gronden.

Voorwaarde

De behandeling moet plaatsvinden bij een huisarts of een zorgverlener in een zelfstandig behandelcentrum of een besnijdeniskliniek door ons geselecteerde zorgverleners, die door ons vergoed worden, kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 250,-
■ Royaal	maximaal € 250,-
■ Excellent	maximaal € 250,-

Artikel 7 Eerstelijnspsychologische zorg

7.1 EIGEN BIJDRAGE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg vanuit het (Keuze) Zorg Plan.

■ Start	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

7.2 AANVULLENDE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Wij vergoeden, als aanvulling op de vergoeding op grond van het (Keuze) Zorg Plan, de kosten van extra zittingen eerstelijnspsychologische zorg.

■ Start	2 zittingen per verzekerde per kalenderjaar
■ Extra	4 zittingen per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	6 zittingen per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	6 zittingen per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 8 Behandeling van psoriasis

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een psoriasis dagbehandelingcentrum.

Voorwaarden

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasis dagbehandelingcentrum overleggen.
- Het psoriasis dagbehandelingcentrum moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

■ Start	maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 9 Orthopedische geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van consulten van een orthopedisch geneeskundige. De consulten bestaan uit de diagnostiek en de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat waarbij geen gebruik wordt gemaakt van operaties.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts.
- De orthopedisch geneeskundige moet zijn aangesloten bij de Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

■ Start	maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 10 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten (artsen en niet-artsen) en homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze criteria maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheekhoudende.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.

■ Start	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100% consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag Maximaal € 440,- per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen
■ Extra	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100% consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag Maximaal € 640,- per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen
■ Royaal	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100% consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 60,- per dag consulten van alternatieve niet-artsen maximaal € 40,- per dag. Maximaal 16 consulten per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen door artsen en niet-artsen samen
■ Excellent	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100% consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 60,- per dag consulten van alternatieve niet-artsen maximaal € 40,- per dag. Maximaal 20 consulten per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen door artsen en niet-artsen samen

Artikel 11 Farmaceutische Zorg

II.1 WETTELIJKE EIGEN BIJDRAGE (BOVENLIMIETPRIJS GVS)

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van het (Keuze) Zorg Plan.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdragen als gevolg van de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deelprestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

II.2 MELATONINE

Wij vergoeden bij slaapproblemen ten gevolge van DSPS, ADHD en PDD-NOS de kosten van het geneesmiddel melatonine.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Bij klachten ten gevolge van DSPS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een arts die verbonden is aan een slaapcentrum in Nederland.
- Bij klachten ten gevolge van ADHD en PDD-NOS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog.
- De melatonine moet geleverd worden door een apotheekhoudende.

■ Start	geen dekking
■ Extra	100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar bij levering via een andere apotheekhoudende
■ Royaal	100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar bij levering via een andere apotheekhoudende
■ Excellent	100%

II.3 ANTICONCEPTIVA VOOR VERZEKERDEN VAN 21 JAAR EN OUDER

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

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn opgenomen in het GVS.
- 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.
- Het anticonceptivamiddel moet worden geleverd door een apotheekhoudende.

■ Start	100%, geen vergoeding wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)
■ Extra	100%, geen vergoeding wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 12 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut.

Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van het (Keuze) Zorg Plan recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Op de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure "Paramedische Zorg".

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons geselecteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe toegang fysiotherapie/oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. De door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hierover hebben gemaakt kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van individuele behandeling, wanneer u in aanmerking komt voor beweegprogramma's zoals omschreven in artikel 13.

■ Start	tot 18 jaar: onbeperkt aantal behandelingen bij behandeling door een door ons geselecteerde zorgverlener. Maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons geselecteerde zorgverlener vanaf 18 jaar: maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
■ Extra	tot 18 jaar: onbeperkt aantal behandelingen bij behandeling door een door ons geselecteerde zorgverlener. Maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons geselecteerde zorgverlener vanaf 18 jaar: maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	tot 18 jaar: onbeperkt aantal behandelingen bij behandeling door een door ons geselecteerde zorgverlener. Maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons geselecteerde zorgverlener vanaf 18 jaar: maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	onbeperkt aantal behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 13 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut.

De vergoeding geldt voor verzekerden met obesitas (BMI > 30), revaliderende verzekerden met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2 met een longwaarde van FEV1/VC > 60%.

Voorwaarde

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

■ Start	maximaal € 175,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 14 Bewegen in extra verwarmd water

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad.

Voorwaarden

- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat oefentherapie in extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.
- De oefentherapie moet in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	100%

Artikel 15 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdörfermethode van het Instituut Natuurlijk Spreken te Deurningen;
- volgens de BOMA-methode in het instituut "De Pauw" te Harlingen.

Voorwaarde

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

Start	maximaal € 225,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra	maximaal € 450,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal € 1.000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 1.250,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 16 Hulpmiddelen

16.1 HOORTOESTELLEN

16.1.1 Eigen bijdrage hoortoestellen

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een hoortoestel tot maximaal € 800,- inclusief de vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan.

Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	maximaal € 250,- per verzekerde per jaar
Excellent	100%

16.1.2 Hoortoestel met afstandsbediening

Wij vergoeden de eigen betaling van een hoortoestel met afstandsbediening.

Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).
- De afstandsbediening moet op medische indicatie zijn verstrekt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 185,- per apparaat
Royaal	maximaal € 185,- per apparaat
Excellent	maximaal € 230,- per apparaat

16.2 PRUIKEN

16.2.1 Eigen bijdrage pruiken (Start, Extra en Royaal)

Ter aanvulling op de wettelijke maximale vergoeding van een pruik uit het (Keuze) Zorg Plan heeft u recht op een extra vergoeding.

Voorwaarde

U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 75,50 per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

16.2.2 Eigen bijdrage pruiken (Excellent)

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van een pruik tot maximaal € 493,- dit is inclusief de vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan. Extra vergoeding is mogelijk indien verzekerde in verband met een aantoonbare allergische aandoening van de hoofdhuid hier niet mee kan volstaan.

In dat geval stelt verzekerde voorafgaand aan de aanschaf van de pruik Avéro Achmea in het bezit van een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de voorschrijvend arts. Avéro Achmea bepaalt of, en zo ja, in hoeverre het meerdere voor vergoeding in aanmerking komt. Avéro Achmea zal het meerdere vergoeden indien zij vaststelt dat een pruik van maximaal € 493,- niet volstaat.

Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

■ Excellent € 100,- per verzekerde per kalenderjaar, extra vergoeding is mogelijk bij een aantoonbare allergische aandoening

16.3

HOOFDBEDEKKING

Wij vergoeden de kosten van hoofdbedekking bij (tijdelijk) haarverlies bij chemotherapie

Voorwaarde

U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat u haarverlies heeft in verband met chemotherapie.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de aanschaf van een pruik op grond van dit artikel.

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar

16.4

EIGEN BIJDRAGE OVERIGE HULPMIDDELEN

Ter aanvulling op de wettelijke maximale vergoedingen, dan wel als vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen uit het (Avéro) Achmea Reglement Hulpmiddelen heeft u recht op een extra vergoeding.

Voorwaarde

U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de wettelijke besparingsbijdrage orthopedische schoenen en allergeenvrije schoenen.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	100%

16.5

PERSONENALARMERING OP MEDISCHE INDICATIE

16.5.1

Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance.

Voorwaarde

U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 28, hulpmiddelen).

■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

16.5.2

Alarmeringssysteem via andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance.

Voorwaarden

- U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 28 hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. U kunt hiervoor contact opnemen met de Hulpmiddelenlijn, telefoonnummer 0900 - 200 80 10.

■ Start	maximaal € 35,- per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 35,- per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 35,- per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 35,- per kalenderjaar

16.6

16.6.1

PERSONENALARMERING OP SOCIALE INDICATIE

Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance

Wij vergoeden de kosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten op grond van een sociale indicatie volgens het protocol van Eurocross Assistance.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100%

16.6.2 Alarmeringssysteem via andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een andere Alarmcentrale dan Eurocross Assistance.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten op grond van een sociale indicatie volgens het protocol van de Eurocross Assistance.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	maximaal € 35,- per kalenderjaar

16.7 PLAKSTRIPS MAMMAPROTHESE

Wij vergoeden de kosten van plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

16.8 PLASWEKKER

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker. Tevens vergoeden wij het bijbehorend broekje.

Start	maximaal € 100,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra	maximaal € 100,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal € 100,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	100%

16.9 BRILLEN EN CONTACTLENZEN

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte of contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) per periode van 3 kalenderjaren (een periode omvat hele kalenderjaren en begint in het jaar van de eerste aanschaf).

Voorwaarde

De brillen en contactlenzen moeten zijn geleverd door een opticien of optiekbedrijf.

Start	maximaal € 100,- per verzekerde per periode van 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen
Extra	maximaal € 150,- per verzekerde per periode van 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen
Royaal	a. brillen of contactlenzen voor langdurig gebruik: eenmaal per periode van 3 kalenderjaren 1 bril of 1 paar contactlenzen tot maximaal € 200,- of b. contactlenzen voor kortdurend gebruik, zoals dag-, week-, maand-, halfjaar- en jaarlenzen, maximaal € 65,- per kalenderjaar
Excellent	a. brillen of contactlenzen voor langdurig gebruik: eenmaal per periode van 3 kalenderjaren 1 bril of 1 paar contactlenzen tot maximaal € 300,- of b. contactlenzen voor kortdurend gebruik, zoals dag-, week-, maand-, halfjaar- en jaarlenzen, maximaal € 75,- per kalenderjaar

In aanvulling op pakket Excellent a. geldt:

Indien om medische redenen (een wijziging van de gezichtssterkte met 1 dioptrie of meer) een vervangingsaanschaf van brillenglazen of contactlenzen nodig is, binnen een termijn van 3 kalenderjaren, vergoeden wij binnen deze termijn de vervangingsaanschaf conform de hiervoor vermelde vergoedingsregeling. De dioptrieverschil moeten blijken uit een verklaring van de opticien.

Kortingsregeling bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish en Specsavers

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish en Specsavers gebruik maken van een kortingsregeling. Informatie over de kortingsregeling kunt u vinden op onze website of bij ons of bij de opticiens opvragen.

16.10 STEUNPESSARIUM

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium geleverd door een huisarts ter voorkoming of verlichting van een baarmoederverzakking.

Start	geen dekking
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

16.II

TRANS-THERAPIE

Wij vergoeden de kosten van huur van de apparatuur voor Trans-therapie voor de behandeling van incontinentie.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempfysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hulpmiddelenleverancier.

■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

16.I2

BABYSENSORMATJE

Wij vergoeden het sensormatje van Nanny Care.

Voorwaarde:

U kunt hiervoor direct contact opnemen met Nanny Care.

■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 17 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van een GeboorteTENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling door een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts.

Voorwaarden

- De aanvraag van de apparatuur dient door uw verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij een door ons geselecteerde leverancier.
- De apparatuur moet worden geleverd door een door ons geselecteerde leverancier. De door ons geselecteerde leveranciers kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 18 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van het (Keuze) Zorg Plan in rekening gebrachte (wettelijke) eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

■ Start	100% van de (wettelijke) eigen bijdrage
■ Extra	100% van de (wettelijke) eigen bijdrage
■ Royaal	100% van de (wettelijke) eigen bijdrage
■ Excellent	100% van de (wettelijke) eigen bijdrage

Artikel 19 Kraamzorg

19.1

EIGEN BIJDRAGE PARTUSASSISTENTIE

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de (Keuze) Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor partusassistentie (uren die de kraamverzorgende aanwezig is tijdens de bevalling).

■ Start	100% van de wettelijke eigen bijdrage
■ Extra	100% van de wettelijke eigen bijdrage
■ Royaal	100% van de wettelijke eigen bijdrage
■ Excellent	100% van de wettelijke eigen bijdrage

19.2

EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van het (Keuze) Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage kraamzorg (thuis of in een geboortecentrum) per uur.

■ Start	maximaal 24 uur van de wettelijke eigen bijdrage
■ Extra	maximaal 24 uur van de wettelijke eigen bijdrage
■ Royaal	100% van de wettelijke eigen bijdrage over alle uren kraamzorg
■ Excellent	100% van de wettelijke eigen bijdrage over alle uren kraamzorg

19.3 UITGESTELDE KRAAMZORG

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum.

Voorwaarde

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal 15 uur, eigen betaling € 4,- per uur
■ Royaal	maximaal 15 uur (geen eigen betaling)
■ Excellent	maximaal 15 uur (geen eigen betaling)

Artikel 20 Kraampakket

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

Voorwaarde

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

■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 21 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een kraamcentrum.

■ Start	geen dekking
■ Extra	75% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	75% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	100% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 22 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering wettig zijn geadopteerd en bij ons zijn ingeschreven in het (Keuze) Zorg Plan, vergoeden wij de kosten van:

- adoptiekraamzorg door een kraamcentrum óf
- medische screening (preventief onderzoek) bij een adoptiekind afkomstig uit het buitenland.

Voorwaarden

- Bij kraamzorg moet het adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en niet al deel uitmaken van het desbetreffende gezin.
- De medische screening moet worden uitgevoerd door een kinderarts.
- De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces vormen.

Uitsluiting

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

■ Start	adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
■ Extra	adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
■ Royaal	adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
■ Excellent	adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Artikel 23 Vervoer van zieken

23.1 VERVOERSKOSTEN

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer wanneer en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer vanuit het (Keuze) Zorg Plan.

Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- een ziekenhuis voor poliklinische behandeling of onderzoek op verzoek van een medisch specialist;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- een inrichting waarin u ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Wij vergoeden bij grensoverschrijdend vervoer vanuit Nederland naar België of Duitsland de hiervoor genoemde kosten van zittend ziekenvervoer indien de behandeling op maximaal 55 kilometer vanaf de grens plaatsvindt. Bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling is vergoeding volgens artikel 24.3 mogelijk.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit het (Keuze) Zorg Plan, de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.
- Voor pakket Extra geldt dat u zich moet laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen. De afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedraagt, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

■ Start	geen dekking
■ Extra	eigen vervoer € 0,30 per km; taxivervoer: 100%. Na een eigen betaling van € 93,- per verzekerde per kalenderjaar wordt voor eigen vervoer en taxivervoer vergoeding verleend tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Deze eigen betaling is niet verschuldigd indien het maximum van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer op basis van (Keuze) Zorg Plan is bereikt
■ Royaal	eigen vervoer € 0,30 per km; taxivervoer: 100%
■ Excellent	eigen vervoer € 0,30 per km; taxivervoer: 100%

23.2 EIGEN BIJDRAGE VERVOERSKOSTEN

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij vergoeding van vervoer vanuit het (Keuze) Zorg Plan.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 24 Buitenland

24.1 SPOEDEISENDE ZORG

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van het (Keuze) Zorg Plan recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit het (Keuze) Zorg Plan zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Aevitae Hulpdienst.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

■ Start	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden
■ Extra	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden
■ Royaal	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden
■ Excellent	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden

24.2 VERVOERSKOSTEN BIJ ZORGBEMIDDELING NAAR HET BUITENLAND

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

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkortung.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

■ Start	taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,30 per km
■ Extra	taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,30 per km
■ Royaal	taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,30 per km
■ Excellent	taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,30 per km

24.3 OVERNACHTING- EN VERVOERSKOSTEN GEZINSLEDEN BIJ ZORGBEMIDDELING NAAR HET BUITENLAND

Wij vergoeden, wanneer u vanuit Nederland voor zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 7.2 voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

■ Start	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname
■ Extra	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname
■ Royaal	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname
■ Excellent	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

Artikel 25 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden

- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- De Aevitae Hulpdienst moet vooraf toestemming hebben gegeven.

■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 26 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een reis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- rabiës (hondsdoelheid);
- Früh Sommer Meningo Encephalitis (tekenbeet);
- hepatitis A/B.

Voorwaarden

Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës komen alleen voor vergoeding in aanmerking als u gedurende langere tijd in een land verblijft, waar rabiës endemisch is en waar tevens adequate medische hulp slecht toegankelijk is. Daarnaast dient er aan minimaal één van onderstaande voorwaarden voldaan te zijn:

- u gaat een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden ondernemen;
- u trekt langer dan 3 maanden met of overnacht bij lokale bevolking;
- u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
- u bent jonger dan 12 jaar.

■ Start	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale in Eindhoven en Voorburg: 100% geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%, of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij andere zorgverleners: maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Extra	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale in Eindhoven en Voorburg: 100% geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%, of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij andere zorgverleners: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale in Eindhoven en Voorburg: 100% geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%, of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij andere zorgverleners: maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	100%

Artikel 27 Herstelsoorten

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De door ons geselecteerde herstellingsoorden, die door ons vergoed worden, kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal 48 dagen per kalenderjaar

Artikel 28 Therapeutische kampen

28.1 THERAPEUTISCH VAKANTIEKAMP VOOR KINDEREN

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump).

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar

28.2 THERAPEUTISCH VAKANTIEKAMP VOOR GEHANDICAPTEN

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

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 29 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans.

Voorwaarde

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

■ Start	maximaal € 800,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 1.200,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 30 Therapie/podologie/podoposturale therapie/steunzolen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut of één paar steunzolen. Tot de genoemde behandelingen worden naast de consulten ook de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen gerekend.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van een podoloog alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.
- 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.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.
- De steunzolen moeten zijn geleverd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of die voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Uitsluiting

- Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen;
- Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger). Deze behandeling valt onder de aanspraak van de Beter Af Polis (zie artikel 27)

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	100%

Artikel 31 Pedicurezorg

31.1 Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met reuma of diabetes.

Voorwaarden

- De pedicure moet, met de kwalificatie 'Diabetische voet' (DV) en/of 'Reumatische voet' (RV) geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes of reuma.
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van het voetonderzoek en de behandeling van diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger). Deze behandeling valt onder de aanspraak van het (Keuze) Zorg Plan (zie artikelen 22 en 27).

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 23,- per behandeling tot maximaal € 138,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	100%

31.2 Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met een herseninfarct (CVA).

Voorwaarden

- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met een herseninfarct (CVA).

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100%

Artikel 32 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen;
- camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen;
- elektrische epilatie behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut bij vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehaarung.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.
- Bij pakket Excellent moet u voor elektrische of laserepilatie behandelingen vooraf toestemming van Avéro Achmea hebben gekregen.

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal 300,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal 600,- per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	€ 1.000,-

Artikel 33 Mantelzorgvervanging voor gehandicapten en chronisch zieken

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt of chronisch ziek zijn en die thuis mantelzorg ontvangen, de kosten van vervangende zorg bij afwezigheid van de mantelzorg.

Voorwaarden

- De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland te Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag.
- De zorg moet 8 weken van tevoren worden aangevraagd.

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal 21 dagen per verzekerden per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal 21 dagen per verzekerden per kalenderjaar
■ Excellent	100%

Artikel 34 Vakantiehotels en vaarvakanties voor gehandicapten en

chronisch zieken

Wij geven aan verzekerden die gehandicapt of chronisch ziek zijn een tegemoetkoming in de kosten van een vaar- of hotelvakantie georganiseerd door het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem.

Voorwaarden

- De vakantiecoördinator van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem voert een intakegesprek met de chronische zieke of gehandicapte en bepaalt aan de hand van de ziekte of de handicap en eerdere deelname of u in aanmerking komt.
- Voor de vaarvakanties wordt gebruik gemaakt van het schip J. Henry Dunant van het Nederlandse Rode Kruis en het schip van de Zonnebloem.
- Voor de hotelvakanties wordt gebruik gemaakt van de hotels van het Nederlandse Rode Kruis (Jsselviert in Wezep en De Valkenberg en De Paardestal in Rheden).

■ Start	geen dekking
■ Extra	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem hotelvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis
■ Royaal	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem hotelvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis
■ Excellent	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem hotelvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis

Artikel 35 Preventieve onderzoeken

35.1 PREVENTIEVE ONDERZOEKEN

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten;
- prostaatcancer.

Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven. Een dergelijke vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatcancer.

■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

- 35.2** **PERIODIEK ALGEMEEN ONDERZOEK (PREVENTIEVE ONDERZOEKEN) ROYAAL EN EXCELLENT**
Wij vergoeden een periodiek algemeen onderzoek (check-up) door een huisarts of medisch specialist tot ten hoogste het tarief van een grote keuring door de huisarts (maximaal één keer per twee jaar).

Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	eenmaal per twee jaar
■ Excellent	eenmaal per twee jaar

Artikel 36 Leefstijlinterventies

- 36.1** **DIEETADVISING DOOR EEN DIËTIST**
Wij vergoeden de kosten van dieetadvising door een diëtist. Dieetadvising omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

Uitsluiting

Wij vergoeden voor een zelfde diagnose niet de kosten van en dieetadvising en voedingsvoorlichting (artikel 36.2).

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	maximaal € 240,- per verzekerde per kalenderjaar

- 36.2** **VOEDINGSVOORLICHTING DOOR EEN GEWICHTSCONSULENT OF DIËTIST**
Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtscounselant of een diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.

Voorwaarde

De gewichtscounselant moet zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtscounselanten Nederland (BGN) of voldoen aan de kwaliteitseisen van de BGN.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtscounselant.
- Wij vergoeden voor een zelfde diagnose niet de kosten van én voedingsvoorlichting én dieetadvising (artikel 36.1).

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	maximaal € 120,- per verzekerde per kalenderjaar

- 36.3** **(PREVENTIEVE) CURSUSSEN**
Wij vergoeden de kosten voor de volgende (preventieve) cursussen:
- hartproblemen, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - lymfoedeem, bewustwording- en/of zelfmanagementcursus die ten doel heeft zelf een actieve bijdrage te leveren aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd. Een lijst met bevoegde docenten kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.
 - reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hun ziekte, georganiseerd door de reuma patiëntenbond of een thuiszorginstelling;
 - diabetes type 2 patiënten, basis of vervolg educatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling;
 - afvallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling, één van de schriftelijke- en online programma's georganiseerd door Happy Weight of het programma "Sportief afslanken" georganiseerd door een Achmea health Center;
 - stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, I Quit Smoking of een thuiszorginstelling en lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum SMOKE FREE en Lasercentra Noord – Oost Nederland;
 - de "Vrij van alcohol" training, georganiseerd door De Helderheid;
 - basis Reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting;
 - EHBO, die opleidt tot het diploma 'Eerste Hulp' van het Oranje Kruis of certificaat 'Eerste Hulp' van het Rode Kruis, georganiseerd door:
 - de plaatselijke EHBO-vereniging
 - iedereen EHBO (internetcursus) ;
 - het Rode Kruis;

- eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging of de internetcursus EHBO bij kinderen van Iedereen EHBO;
- slaaptherapie, georganiseerd door Somnio. Deze online slaapcursus biedt online professioneel advies en praktische oplossingen om beter te slapen.

Voorwaarde

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

Start	75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar
Extra	75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	100%

36.3.1 (Preventieve) cursussen

In aanvulling op artikel 36.2 vergoeden wij de kosten voor de volgende (preventieve) cursussen:

- cursus en/of training valpreventie georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- bewegingsprogramma's voor ouderen georganiseerd door een thuiszorginstelling, het Trainings Instituut voor Gezondheid Revalidatie en Arbeid (TIGRA) of Pim Mulier;
- geheugentraining georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde

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

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100%

36.4 OVERGANGSCONSULENT

Wij vergoeden de kosten van het consulttarief van een overgangsconsult.

Voorwaarde

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVO) of voldoen aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

Start	geen dekking
Extra	75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

36.5 LEEFSTIJLTRAININGEN

Wij vergoeden de kosten van maximaal één basis leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Training & Coaching in Dalfsen voor:

- hartpatiënten;
- whiplashpatiënten;
- mensen met stress en burnout gerelateerde klachten.

Voorwaarde

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

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 37 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek dat wordt uitgevoerd door een sportarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om toegelaten te worden tot een sportopleiding.

■ Start	sportmedisch onderzoek per verzekerde éénmaal per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot maximaal € 135,-
■ Extra	sportmedisch onderzoek per verzekerde éénmaal per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot maximaal € 135,-
■ Royaal	sportmedisch onderzoek per verzekerde éénmaal per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot maximaal € 135,-
■ Excellent	100% éénmaal per 2 kalenderjaren

Artikel 38 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

■ Start	maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar
■ Extra	maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal tweemaal per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 39 Obesitasbehandeling

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het deeltijd dagbehandelingprogramma voor obese patiënten in de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK). Het programma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet chirurgische, multidisciplinaire behandeling.

Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van obesitas graad 3. Daarvan is sprake als uw Body Mass Index (BMI) \geq 40 bedraagt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- U moet het volledige programma voltooid hebben.

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 750,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	maximaal € 1000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	maximaal € 1000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 40 Orthodontie

40.1 ORTHODONTIE TOT 18 JAAR (START EN EXTRA)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

■ Start	90% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 1.500,- per verzekerde tot de 18-jarige leeftijd voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Extra	90% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 2.000,- per verzekerde tot de 18-jarige leeftijd voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

40.2 ORTHODONTIE TOT 22 JAAR (ROYAAL EN EXCELLENT)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

- **Royaal** 90% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 2.500,- per verzekerde tot de 22-jarige leeftijd voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
- **Excellent** 100% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie per verzekerde tot de 22-jarige leeftijd voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

40.3 ORTHODONTIE VANAF 22 JAAR

Wij vergoeden aan verzekerden vanaf 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- U dient voorafgaand aan de behandeling het door de behandelend orthodontist opgestelde behandelplan tezamen met een schedelprofielfoto, orthopantomogram, digitale mondfoto's en/of foto's van gebitsmodellen en de "Index for Orthodontic Treatment Need" (IOTN) ter beoordeling bij ons in te dienen ter attentie van de tandheelkundig adviseur. Behandelingen waarvoor conform de scorerichtlijnen van de IOTN-score geen of een geringe behandelingsbehoefte (score 1 of 2) bestaat komen niet voor vergoeding in aanmerking. De orthodontist kan U hierover informatie verstrekken.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

- **Start** geen dekking
- **Extra** geen dekking
- **Royaal** 70% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 1.000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
- **Excellent** 70% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 1.500,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 41 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van tandheelkundige behandelingen.

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

- **Start** maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar
- **Extra** maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar
- **Royaal** 100% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- **Excellent** 100% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

Artikel 42 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 18 jaar

Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar door een tandarts, mits de behandeling het gevolg is van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering; de behandeling dient plaats te vinden binnen één jaar na het ongeval, tenzij uitstel van een (definitieve) behandeling als gevolg van het niet volgroeid zijn van het gebit noodzakelijk is. Of er wel/geen sprake is van een volgroeid gebit en/of tijdelijke behandeling is ter beoordeling aan onze adviserend tandarts.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

- **Start** geen dekking
- **Extra** geen dekking
- **Royaal** 75% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 200,- per element, tot maximaal € 2.500,- per ongeval
- **Excellent** 75% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie tot maximaal € 200,- per element, tot maximaal € 2.500,- per ongeval

Artikel 43 Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)

Wanneer een ouder die bij ons verzekerd is wordt opgenomen in een ziekenhuis regelen wij voor u vanaf de derde dag van de ziekenhuisopname kinderopvang aan huis voor inwonende kinderen tot 12 jaar. De hoeveelheid kinderopvang is afhankelijk van de leeftijd van uw jongste kind.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- De kinderopvang moet worden geregeld en geleverd door een hiervoor door ons geselecteerde instelling voor kinderopvang. Als u gebruik wilt maken van kinderopvang, neemt u dan contact op met onze Servicedesk.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Wij vergoeden niet de kosten bij uitbreiding van het aantal uren bij een kinderdagverblijf.

■ Start	maximaal 50 uur per week
■ Extra	maximaal 50 uur per week
■ Royaal	maximaal 50 uur per week
■ Excellent	maximaal 50 uur per week

Artikel 44 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen bij verblijf in een hospice ten behoeve van een verzekerde wanneer:

- een medische indicatie voor verpleging door zowel de behandelend arts als onze medisch adviseur aanwezig wordt geacht;
- de verzekerde zich naar het oordeel van onze medisch adviseur in de laatste levensfase bevindt;
- de hospice participeert in het netwerk Palliatieve Zorg in de regio en geen deel uitmaakt van een gezondheidsinstelling zoals een verpleeghuis, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Uitsluiting

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

■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 3.600,-
■ Royaal	maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 3.600,-
■ Excellent	maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 4.500,-

Artikel 45 Zorgregelaar

Wij vergoeden de kosten van de ondersteuning van de Zorgregelaar voor verzekerden met complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en daarmee gepaard gaande regeltaken op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën. Recht op vergoeding geldt zowel voor de verzekerde die voor zichzelf van de Zorgregelaar gebruik maakt als voor de verzekerde die mantelzorger is en de Zorgregelaar inzet ten behoeve van degene voor wie hij zorgt.

Voorwaarden

- De diensten Zorgregelaar vallen onder de dekking, voor zover deze niet al worden gedekt op grond van de Zorgverzekeringswet, de Wmo of de AWBZ.
- De diensten Zorgregelaar moeten worden onderscheiden van de dienstverlening die behoort tot de bestaande zorgplicht van de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor uit hoofde van de Zorgverzekeringswet en/of de AWBZ voor de verzekerde.

Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding dient u contact met ons op te nemen. In eerste instantie zullen wij uw zorgvragen telefonisch met u in kaart brengen en, indien mogelijk, direct beantwoorden.

Wanneer wij vaststellen dat, in verband met de complexiteit van uw zorgvragen, de behoefte bestaat aan verdergaande ondersteuning zullen wij de Zorgregelaar voor u inschakelen.

De aanspraak op de vergoeding van de Zorgregelaar vangt aan vanaf het moment van inschakeling.

Het moment van inschakeling verschilt voor de verzekerde en de mantelzorger.

Voor de mantelzorger neemt de vergoeding direct bij inschakeling een aanvang. Voor de verzekerde neemt de vergoeding een aanvang daar waar de ondersteuning verder gaat dan de zorgplicht Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

De Zorgregelaar stelt in samenspraak met u het aantal benodigde uren ondersteuning vast.

Bij ondersteuning in het kader van een persoonsgebonden budget (PGB) AWBZ en/of Wmo worden de uren van de Zorgregelaar pas op grond van dit artikel vergoed indien en voor zover deze de maximale kosten die de budgethouder vanuit het PGB mag gebruiken voor bemiddeling te boven gaan. Verzekerde dient in dit kader contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor. De hoogte van het bedrag dat aan kosten van bemiddeling bij het tot stand brengen van een zorgovereenkomst en de organisatie van de zorgverlening mag worden besteed, kan per zorgkantoor verschillen.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	maximaal 6 uur ondersteuning per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 46 Griepvaccinatie

Wij vergoeden de kosten van een griepvaccinatie tot de leeftijd van 60 jaar.

Uitsluiting

Vaccinatie in het kader van het Nationaal programma grieppreventie (risicogroepen) valt onder de AWBZ.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 48 Health Check

Wij vergoeden de de kosten van de health Check (preventieve gezondheidstest) bij een hiervoor door ons geselecteerde verpleegkundigen. De door ons geselecteerde verpleegkundigen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	100% eenmaal per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 47 Patiëntenverenigingen

Wij vergoeden de kosten van het lidmaatschap.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	maximaal € 25,- per lidmaatschap per verzekerde per kalenderjaar
■ Excellent	100%

Artikel 48 Uitkering bij een Ongeval

Wij geven een uitkering, als blijkt een verklaring van een arts, ten gevolge van een ongeval dat heeft plaats gevonden tijdens de looptijd van deze verzekering, geheel of gedeeltelijk blijvend verlies of functieverlies van enig deel, vermogen of orgaan van het lichaam is veroorzaakt.

Uitsluiting

Wij verlenen geen uitkering voor blijvend verlies of functieverlies van gebitselementen.

■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	€ 250,- per ongeval
■ Excellent	€ 250,- per ongeval

Aanvullende verzekeringen Tandartskosten (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent)

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus.

Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties voor maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.

Een mondhygiënist kan, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel mondhygiëne als parodontologische behandelingen declareren. Wanneer een mondhygiënist parodontologische behandelingen declareert, dan krijgt u een vergoeding van maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie bij de T Start, T Extra of T Royaal met inachtneming van de totale maximale vergoeding.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie wanneer u de T Start, T Extra of T Royaal heeft. Wanneer u een T Excellent heeft vergoeden wij maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. Behandeling van tandvleesaandoeningen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist.

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende behandelingen:

- keuringsrapporten en niet nagekomen afspraken;
- uitwendig bleken van tanden en kiezen;
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA);
- Orthodontie;
- Abonnementen
- Tandheelkundige verklaring

T START

- consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- overige behandelingen: maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- totale vergoeding is maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXTRA

- consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- overige behandelingen: maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- totale vergoeding is maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar

T ROYAAL

- consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- overige behandelingen: maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- totale vergoeding is maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXCELLENT

- alle behandelingen tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie
- totale vergoeding is maximaal € 1.150,- per verzekerde per kalenderjaar

Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering

Het recht op vergoeding van de hieronder vermelde verzekerde aanspraken bestaat uitsluitend indien deze aanvullende verzekering op het polisblad is aangetekend.

I.1 COMFORTVOORZIENINGEN BIJ ZIEKENHUISVERBLIJF

Wij vergoeden bij ziekenhuisverblijf op een verpleegafdeling van een verzekerde van 18 jaar en ouder de kosten van comfortvoorzieningen. De comfortvoorzieningen bestaan uit:

- opname in een 1- of 2-persoonskamer die medisch gezien niet noodzakelijk is en
- aanvullende comfortservices bij gecontracteerde ziekenhuizen (afhankelijk per ziekenhuis bijvoorbeeld TV aansluiting, internet, telefoon, krant of een koelkast gevuld met drankjes op de kamer).

Wij vergoeden niet de kosten van comfortvoorzieningen bij verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis.

De dekking bestaat uit drie vergoedingsmogelijkheden:

Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij afspraken hebben gemaakt

Met diverse ziekenhuizen in Nederland zijn afspraken gemaakt over extra comfortvoorzieningen. Wij vergoeden de hiervoor door het ziekenhuis in rekening gebrachte kosten. Indien de comfortvoorzieningen voor u niet beschikbaar zijn, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (daggeldvergoeding), tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

Een overzicht van de door ons geselecteerde ziekenhuizen voor comfortvoorzieningen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt

Wanneer u in een ziekenhuis in Nederland verblijft waar wij géén afspraken mee hebben gemaakt over comfortvoorzieningen heeft u recht op een daggeldvergoeding van maximaal € 150,- per dag ter compensatie van de extra kosten voor ligging in een 1- of 2-persoonskamer die door het ziekenhuis in rekening zijn gebracht. Indien de 1- of 2-persoonskamer voor u niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar. Er bestaat in beide gevallen geen recht op vergoeding van aanvullende comfortservices.

Comfortvoorzieningen in een buitenlands ziekenhuis

Wanneer u in een buitenlandse zorginstelling verblijft en u ondergaat daar een door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij de extra kosten in verband met een opname in een 1- of 2-persoonskamer. Wij vergoeden ook de kosten van een eventuele honorariumtoeslag. Indien de 1- of 2-persoonskamer voor u niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

Wanneer u in een buitenlandse zorginstelling verblijft en u ondergaat daar een niet door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij maximaal € 70,- per dag van de extra kosten die voor ligging in een 1- of 2-persoonskamer door het ziekenhuis in rekening zijn gebracht, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar. Een eventuele honorariumtoeslag komt niet voor vergoeding in aanmerking. Er bestaat geen recht op vergoeding van aanvullende comfortservices.

Indien er sprake is van daggeldvergoeding in zowel Nederland als in het buitenland geldt een maximale vergoeding van € 4.900,- per kalenderjaar voor opname in Nederland en het buitenland tezamen.

I.2 HERSTELLINGSOORD

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een door ons geselecteerde herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De door ons geselecteerde herstellingsoorden kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

De vergoeding bedraagt maximaal € 100,- per dag tot maximaal 28 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Voorwaarde Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

I.3 TAXIVERVOER VAN EN NAAR HET ZIEKENHUIS

Wij vergoeden op de eerste en laatste dag van een ziekenhuisverblijf in Nederland de kosten van taxivervoer. Indien iemand u bij dit vervoer begeleidt wordt ook zijn of haar heen- of terugreis vergoed. Per ziekenhuisverblijf vergoeden wij maximaal 4 taxiriten.

Service bij het (Keuze) Zorg Plan

Onderstaand worden de overige aanspraken en services vanuit de verzekeringsovereenkomst beschreven

Artikel 1 Algemene contactinformatie

Voor de serviceverlening kunt u gebruik maken van onze Servicedesk telefoonnummer 0900 – 369 33 33 (lokaal tarief) of onze website www.aevitae.com.

Artikel 2 Informatie/vragen over uw polisgegevens en het indienen van declaraties

Declareer uw zorgnota snel en gemakkelijk

Met uw zorgverzekering krijgt u de meeste medische kosten vergoed. Meestal betalen wij direct aan uw zorgverlener en hoeft u niets te doen.

Heeft u wel een rekening ontvangen, dan kunt u uw declaratie zelf bij ons indienen. Voor meer informatie kunt u gebruik maken van onze Servicedesk telefoonnummer 0900 – 369 33 33 (lokaal tarief) of onze website.

Artikel 3 Informatie/vragen over vergoedingen

Op onze website kunt u precies zien:

- hoeveel u vergoed krijgt
- wanneer u wel en niet een vergoeding krijgt
- of er kosten voor u zijn
- wat u moet regelen
- waar u terecht kan.

Ook vindt u hier informatie over de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

U kunt hiervoor natuurlijk ook gebruik maken van onze Servicedesk telefoonnummer 0900 – 369 33 33 (lokaal tarief).

Artikel 4 Achmea health Centers

Bij de Achmea health Centers wordt voeding, bewegen en ontspanning in balans gebracht. In één van de bijna 40 health Centers kunt u sportief aan uw gezondheid werken. Daarvoor heeft u geen ervaring met fitness nodig.

De health Centers zijn er voor iedereen: jong en oud, fit en niet fit, ervaren en niet ervaren. De sfeer is ontspannen en gezellig.

De medewerkers zijn professioneel opgeleid, vriendelijk en stellen u als sporter centraal.

U krijgt:

- 20% korting op het maandelijkse sportabonnement
- 50% korting op de eenmalige bijdrage voor het lidmaatschap.

Kijk op www.achmeahealthcenters.nl voor een locatie bij u in de buurt.

Artikel 5 Aevitae Hulpdienst (alarmcentrale)

Als u tijdens uw tijdelijk verblijf in het buitenland onverwachts ziek wordt en spoedeisende hulp nodig heeft, neem dan contact op met de Aevitae Hulpdienst. Bij een ziekenhuisopname is dit verplicht.

De hulpverleners van de Aevitae Hulpdienst staan dag en nacht klaar om te helpen als u een arts wil bezoeken, opgenomen moet worden in een ziekenhuis of als u advies nodig heeft over een medisch probleem. U bereikt de helpdesk 24 uur per dag via +31 (0)20 851 22 75

U kunt rekenen op de volgende service:

- 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaarheid voor advies en hulp
- wereldwijde kennis van de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit ziekenhuizen
- regelmatig contact met uw behandelend arts in het buitenland door het medisch team van de hulpdienst tijdens opname
- begeleiding tot en met uw herstel in het buitenland
- het organiseren van een medische repatriëring indien noodzakelijk (in geval u een basisverzekering met aanvullende dekking heeft).

Artikel 6 Vakantiedokter

Stel, u bent met uw gezin op vakantie en één van uw kinderen heeft al 2 dagen last van buikpijn. Gaat u dan naar de plaatselijke arts? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er de Vakantiedokter.

Vanaf uw vakantieadres kunt u voor gratis advies bij niet-spoedeisende medische hulp bellen naar de Vakantiedokter op telefoonnummer +31 (0)71 364 18 02. U krijgt dan een Nederlandssprekende deskundige hulpverlener aan de lijn.

De Vakantiedokter is bereikbaar op maandag t/m vrijdag van 08:00 tot 17:00 uur.

Artikel 7 Zorgregelaar

Wij vergoeden de kosten van de ondersteuning van de Zorgregelaar voor verzekerden met complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en daarmee gepaard gaande regeltaken op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën. Recht op vergoeding geldt zowel voor de verzekerde die voor zichzelf van de Zorgregelaar gebruik maakt als voor de verzekerde die mantelzorger is en de Zorgregelaar inzet ten behoeve van degene voor wie hij zorgt.

Voorwaarden

- De diensten Zorgregelaar vallen onder de dekking, voor zover deze niet reeds worden gedekt op grond van de Zorgverzekeringswet, de Wmo of de AWBZ.
- De diensten Zorgregelaar moeten worden onderscheiden van de dienstverlening die behoort tot de bestaande zorgplicht van de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor uit hoofde van de Zorgverzekeringswet en/of de AWBZ voor de verzekerde.

Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding dient u contact met ons op te nemen. In eerste instantie zullen wij uw zorgvragen telefonisch met u in kaart brengen en, indien mogelijk, direct beantwoorden.

Wanneer wij vaststellen dat, in verband met de complexiteit van uw zorgvragen, de behoefte bestaat aan verdergaande ondersteuning zullen wij de Zorgregelaar voor u inschakelen.

De aanspraak op de vergoeding van de Zorgregelaar vangt aan vanaf het moment van inschakeling.

Het moment van inschakeling verschilt voor de verzekerde en de mantelzorger.

Voor de mantelzorger neemt de vergoeding direct bij inschakeling een aanvang. Voor de verzekerde neemt de vergoeding een aanvang daar waar de ondersteuning verder gaat dan de zorgplicht Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

De Zorgregelaar stelt in samenspraak met u het aantal benodigde uren ondersteuning vast.

Bij ondersteuning in het kader van een persoonsgebonden budget (PGB) AWBZ en/of Wmo worden de uren van de Zorgregelaar pas op grond van dit artikel vergoed indien en voor zover deze de maximale kosten die de budgethouder vanuit het PGB mag gebruiken voor bemiddeling te boven gaan. Verzekerde dient in dit kader contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor. De hoogte van het bedrag dat aan kosten van bemiddeling bij het tot stand brengen van een zorgovereenkomst en de organisatie van de zorgverlening mag worden besteed, kan per zorgkantoor verschillen.

U heeft recht op maximaal 6 uur ondersteuning per persoon per kalenderjaar.

Artikel 8 Verhaalsbijstand en/of juridisch advies

Verhaalsbijstand en/of juridisch advies kan worden verleend bij:

- 1 het verhalen van door verzekerde geleden letselschade, als gevolg van een ongeval, op een wettelijk aansprakelijke derde of degene die daarvoor naar burgerlijk recht aansprakelijk is.
- 2 aanspraken op schadevergoedingen jegens aansprakelijke derden zowel op grond van een toerekenbare tekortkoming als op grond van een onrechtmatige daad als gevolg van een medisch handelen.

De verhaalsbijstand wordt verleend door een met Avéro Achmea samenwerkende organisatie en alleen voor gebeurtenissen in Nederland. De betreffende organisatie beoordeelt en bepaalt of, en zo ja in hoeverre, verhaalsbijstand aan verzekerde wordt verleend. De van toepassing zijnde regeling (waar geen rechten aan kunnen worden ontleend) maakt geen deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en wordt desgewenst toegestuurd door Avéro Achmea.

Zorgbemiddeling

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kunt u een beroep doen op Zorgbemiddeling.

Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op uw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt van de situatie af, maar in verreweg de meeste gevallen is Aevitae er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.

Zorggarantie

Voor een groot aantal behandelingen geeft Avéro Achmea een Zorggarantie af. Dit betekent dat voor deze behandelingen wordt gegarandeerd dat binnen vijf werkdagen een eerste consult kan plaatsvinden. Daarnaast garandeert Avéro Achmea voor deze behandelingen dat binnen 10 werkdagen de behandeling kan plaatsvinden, mits de diagnose van de medisch specialist dit toelaat en er geen andere diagnostiek vereist is.

Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij de afdeling Medische Garanties.