

Avéro Achmea
Postbus 57212
1040 BC Amsterdam
Nederland
www.averoachmea.nl

INHOUDSOPGAVE:

Hoofdstuk 1: Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	blz. 2
Hoofdstuk 2: Aanvullende verzekering START	blz. 6
Hoofdstuk 3: Aanvullende verzekering EXTRA	blz. 9
Hoofdstuk 4: Aanvullende verzekering ROYAAL	blz. 15
Hoofdstuk 5: Aanvullende verzekering EXCELLENT	blz. 21
Hoofdstuk 6: Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering	blz. 28
Hoofdstuk 7: Aanvullende verzekeringen Tandartskosten	blz. 28
Hoofdstuk 8: Servicepakket	blz. 29
Hoofdstuk 9: Overzicht verzekerde zorg	blz. 31

Inleiding:

In hoofdstuk 1 zijn de algemene voorwaarden vermeld die van toepassing zijn op de aanvullende verzekeringen die zijn beschreven in hoofdstuk 2 tot en met 7.

Op het polisblad is aangekend welke aanvullende verzekering voor verzekerde van toepassing is.

Hoofdstuk 9 betreft een overzicht waarin kan worden afgelezen welke zorg is verzekerd met het (KEUZE) ZORG PLAN en de aanvullende verzekeringen en waar in de voorwaarden de betreffende zorg is beschreven.

Raadpleeg daarom eerst het polisblad om na te gaan welke hoofdstukken van deze voorwaarden van toepassing zijn op uw verzekering.

Hoofdstuk 1

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

Inhoud:

- Art. 1 Begripsbepalingen
- Art. 2 Grondslag van de aanvullende verzekering
- Art. 3 Aanmelding en inschrijving
- Art. 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering
- Art. 5 Verplichtingen van de verzekerde
- Art. 6 Onrechtmatige inschrijving
- Art. 7 Premie
- Art. 8 Wijziging van premie en/of voorwaarden
- Art. 9 Aanspraken en vergoedingen
- Art.10 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar
- Art.11 Aansprakelijkheid van derden
- Art.12 Geschillen
- Art.13 Persoonsgegevens
- Art.14 Fraude
- Art.15 Buitenland

Art. 1 Begripsomschrijvingen

In de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

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

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.

Apotheekhoudende huisarts

Een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Avéro Achmea:

Avéro Achmea is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen NV

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiencode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander rekening houdend met het door ons vastgestelde nadere reglement. De verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling Zorgverzekering.

Fysiotherapeut

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

Gezin

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

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit

opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het door de huisarts, verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Kraamcentrum

Een instelling, conform bij of door wet gestelde regels als kraamcentrum toegelaten en de door ons als kraamcentrum erkende instelling.

Kraamzorg

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

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Oefentherapeut

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

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.

Opname

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

Orthodontist

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

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG

Polisblad

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

Psychiater/zenuwarts

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

Revalidatie

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

Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zoge-

noemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de aanvullende verzekering met ons is aangegaan.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verloskundige

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zelfstandig behandelcentrum

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. 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.

Zorgverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Art. 2 Grondslag van de de aanvullende verzekering

- 2.1 Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier en schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. De overeenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan u (verzekeringnemer).
- 2.2 Naast het polisblad verstrekken wij een zorgpas. Bij het inroepen van hulp moet u het polisblad of zorgpas tonen aan de zorgverlener.
- 2.2 De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen betalingen (tenzij daar uitdrukkelijk voor verzekerd) door de verzekerde bij ons worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen ons en de zorgverlener en op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij ons plaatsvindt. De kosten van zorg gedeclareerd door een gecontracteerd zorgverlener zullen worden vergoed conform het met deze gecontracteerde zorgverlener overeengekomen tarief. Indien de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerd zorgverlener worden de kosten vergoed tot maximaal het op het moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Indien en voorzover, op basis van de WMG, geen (maximum)tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- 2.4 De vergoeding van de kosten van zorg als in deze aanvullende verzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.5 U heeft slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Art. 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1 Iedereen, die recht heeft op het (Keuze) Zorg Plan, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.
- 3.2 Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
 - a. u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
 - b. u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 17 van het (Keuze) Zorg Plan;
 - c. uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- 3.3 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.
- 3.4 Iedereen die collectief is verzekerd en een aanvullende verzekering Start of Extra heeft afgesloten krijgt automatisch het Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) De aanspraak op dit aanvullend pakket is – wanneer van toepassing - vermeld op het polisblad en beschreven in deze voorwaarden.

Art. 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

- 4.1 **Ingangsdatum en duur van uw aanvullende verzekering**
U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende verzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt alleen plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.
- 4.2 **Einde van uw aanvullende verzekering**
 - 4.2.1. U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende verzekering beëindigen door deze uiterlijk 31 december schriftelijk op te zeggen. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
 - 4.2.2 Wij beëindigen uw aanvullende verzekering:
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen niet betaald zijn binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n), die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd
 - 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 hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - bij aangetoonde fraude.

Art. 5 Verplichtingen van de verzekerde

U bent verplicht:

- 5.1
 - a. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 - b. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de medisch adviseur daarom vraagt;
 - c. aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met privacyregelgeving;
 - d. ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- 5.2 In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de aanvullende verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de aanvullende verzekering van toepassing is. In het geval u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar u volgens de vergoeding recht op had.

Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen.

- 5.3 Wanneer u zelf nota's van een zorgverlener ontvangt, dient u de originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is.
- 5.4 U (verzekeringnemer) bent verplicht binnen een maand aan ons kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.
- 5.5 Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen aanspraak op vergoeding van zorg.

Art. 6 Onrechtmatige inschrijving

- 6.1 Wanneer ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en deze verzekering een aanvulling daarop is en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt deze verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.
- 6.2 Wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door u sindsdien voor uw rekening genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

Art. 7 Premie

7.1 Hoogte van de premie

- 7.1.1 De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Wanneer de premie hoger wordt doordat u na de eerste van de maand een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand daaropvolgend. Wijzigt uw leeftijd per de eerste van de maand, dan wijzigt de premie per de eerste van de desbetreffende maand.
- 7.1.2 Als één van de ouders bij ons een zorgverzekering en aanvullende verzekering heeft afgesloten, dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering, mits deze aanvullende verzekering niet uitgebreider is dan die van de ouders.

7.2 Het betalen van de premie

- 7.2.1 U (verzekeringnemer) betaalt de premie bij vooruitbetaling.
- 7.2.2 Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen vergoeding.
- 7.2.3 Als de zorgverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. Wij kunnen van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

7.3 Niet-tijdige betaling

- 7.3.1 Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u in rekening brengen.
- 7.3.2 Wij kunnen de in artikel 7.3.1 genoemde kosten pas in rekening brengen als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt na de eerste schriftelijke aanmaning waarin een betalingstermijn is vermeld.
- 7.3.3 In aanvulling op het hiervoor genoemde artikel 7.3.1 en 7.3.2 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.

Art. 8 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 8.1 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.
- 8.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- 8.3 Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit schriftelijk aan ons melden binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- 8.4 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.

Art. 9 Aanspraken en vergoedingen

- 9.1 Per zorgaanspraak beschrijven wij de omvang van de vergoeding waarop u recht heeft en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent. Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- 9.2 Wanneer de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft u recht op zorgbemiddeling.
- 9.3 Vergoedingen
- 9.3.1 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 leverantie 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.
- 9.4. Samenloop
- U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt.
- 9.4.1 Als u naast deze aanvullende verzekering een reisverzekering heeft afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt deze aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van deze aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excessbepaling terzake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden. De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer vanwege toepassing van een vrijwillig gekozen eigen risico of een vergoedingsmaximum, geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Alleen in die situaties biedt deze aanvullende verzekering vergoeding volgens de geldende polisvoorwaarden.
- 9.4.2 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 Herverzekersgmaatschappij voor Terrorismede schade N.V.. Deze clausule en het bijbehorende Protocol maken deel

- uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 9.4.3 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
- het (Keuze) Zorg Plan;
 - de Aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
 - de Aanvullende verzekering;
 - het Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.)

Art. 10 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van de aanvullende verzekering.

Art. 11 Aansprakelijkheid van derden

- 11.1 Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van u, moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.
- 11.2 Als u wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij ons en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 11.3 U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als u daarvoor de schriftelijke toestemming van ons heeft.

Art. 12 Geschillen

- 12.1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 12.2 Wanneer u het niet eens bent met een door ons, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kunt u ons verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient binnen zes maanden nadat de beslissing aan u is meegedeeld te worden gericht aan de afdeling Centrale Klachten Coördinatie van Avéro Achmea. Hoe u bij ons een klacht indient en hoe wij hier vervolgens mee omgaan, vertellen wij u in de brochure 'Klachtenprocedure Zorgverzekering'. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 12.3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door ons wordt gereageerd, dan wel wij gemotiveerd aangeven onze oorspronkelijke beslissing te handhaven, kunt u zich wenden tot de bevoegde rechter.
- 12.4 In afwijking van het voorgaande lid kunt u het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.
- 12.5 Consumenten, zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door ons gehanteerde formulieren. Een dergelijk klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgverlener, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies.

Art. 13 Persoonsgegevens

- 13.1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om u te informeren over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van uw persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. Voor zorgverzekeraars is daarnaast de "Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars" van kracht.
- 13.2 Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij

- Avéro Achmea, Postbus 1717, 3800 BS Amersfoort.
- 13.3 In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij als Achmea Groep uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.
- 13.4 Vanaf het moment dat de aanvullende verzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de aanvullende verzekering te kunnen nakomen. Als het om dringende redenen noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden bij Avéro Achmea, Postbus 1717 3800 BS Amersfoort.

Art. 14 Fraude

- 14.1 Fraude is het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.
- 14.2 Elk uit deze aanvullende verzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- 14.3 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 aangegeven prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor het (Keuze) Zorg Plan is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.
- 14.4 Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:
a. aangifte doen bij de politie;
b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

Art. 15 Buitenland

- 15.1 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. De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld.
- 15.2 Omrekenkoers buitenlandse valuta
Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de omrekenkoers zoals die is vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Wanneer deze koers ontbreekt, hanteren wij de maandelijkse wisselkoers van de Nederlandsche Bank. Wij hanteren in dat geval de wisselkoers van de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.
- 15.3 Nota's uit het buitenland
De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Hoofdstuk 2

Aanvullende verzekering START

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

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

Art. 1 Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering wettig zijn geadopteerd, 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:

- Het adoptiekind moet op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en niet reeds 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.

Vergoeding: adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Art. 2 AeroChamber

Wij vergoeden de kosten van een AeroChamber, die wordt gebruikt voor de inhalatie van een dosis-aërosol.

Vergoeding: maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 3 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

3.1 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten.

Voorwaarden:

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen 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.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden niet de kosten van kuren en reizen.
- Wij vergoeden niet de kosten van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.

Vergoeding: maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 175,- per verzekerde per kalenderjaar

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

Wij vergoeden na het bereiken van de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de aanvullende verzekering Start, aanvullend maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar

3.2. Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden:

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheker of apotheekhoudende huisarts

Vergoeding: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

Wij vergoeden, na het bereiken van de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de aanvullende verzekering Start, aanvullend maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 4 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.

Vergoeding: 50% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

Art. 5 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

5.1 Bewakingsapparatuur

Wij vergoeden de kosten van huur van een bewakingsmonitor voor maximaal 12 maanden.

Voorwaarden:

- U moet zijn doorverwezen door een arts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de kosten van huur van een bewakingsmonitor.

5.2 Sensormatje

Wij vergoeden de volledige aanschafkosten van het sensormatje van Nanny Care in eigendom.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een arts.

Vergoeding: 100%

Art. 6 Brillen, contactlenzen en ooglasers

Pearle Opticiens, Eye Wish en VisionClinics

Wij vergoeden kosten van brillen met glazen op sterkte, verlenen korting op contactlenzen op sterkte van Pearle Opticiens en Eye Wish en vergoeden kosten van ooglasers bij VisionClinics.

Voorwaarden:

- U dient bij aanschaf van de bril of lenzen in de winkel of bij ooglasers in de kliniek aan te geven dat u van deze vergoedingsregeling gebruik wenst te maken.
- De vergoeding wordt door Pearle Opticiens en Eye Wish en VisionClinics rechtstreeks met ons verrekend.
- De vergoeding voor ooglasers geldt niet in combinatie met tijdelijke acties van VisionClinics.

Vergoeding:

- brillen: complete enkelvoudige bril € 50,- of complete multifocale bril € 100,- per verzekerde per 3 kalenderjaren of
- lenzen: 10% korting op lenzen en vloeistoffen óf
- ooglasers: maximaal € 200,- per verzekerde per 3 kalenderjaren

Art. 7 Buitenland

7.1 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 aanspraak hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

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 Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- 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.

Vergoeding: 100% kostprijs, bij verblijf van maximaal 6 maanden

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

Vergoeding: 100% kostprijs, bij verblijf van maximaal 12 maanden

7.2 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 via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: Taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,28 per km

7.3 Overnachtings- 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 overnachtingskosten 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.

Vergoeding: overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,28 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname.

7.4 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 zorginstelling in 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 Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: 100%

7.5 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;
- hepatitis A/B.

Vergoeding: 100% bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale, of maximaal € 150,- bij andere zorgverleners

Art. 8 Fysiotherapie en oefentherapie en bewegingstherapie

8.1 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.

Bij overige prestaties vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde:

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de 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. Een lijst met zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u downloaden vanaf 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 8.2.

Vergoeding: maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

8.2 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 mensen met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2.

Voorwaarde:

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

Vergoeding: maximaal € 175,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 9 Gasthuis

9.1 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, 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;
- een kilometervergoeding voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,28 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde:

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

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

Vergoeding: maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen.

9.2 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.

Vergoeding: maximaal € 35,- per dag.

Art.10 Herstel en Balans

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

Voorwaarde:

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

Vergoeding: maximaal € 600,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 11 Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)

Wanneer een ouder die bij ons collectief verzekerd is wordt opgenomen in een ziekenhuis regelen wij voor u vanaf de derde dag van de ziekenhuisopname kinderopvang 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 instelling voor kinderopvang.

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

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

Vergoeding: Maximaal 50 uur per week

Art. 12 Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd mits u het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons heeft aangevraagd.

Art. 13 Orthodontie tot 18 jaar

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

Voorwaarde:

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of door een 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.

Vergoeding: 50% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar tot de 18 jarige leeftijd

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

15% tot maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar tot de 18 jarige leeftijd

Art. 14 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.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een huisarts.

Vergoeding: maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art.15 Persoonalarmering

15.1 Personenalarmeringsysteem via de Achmea

Alarmcentrale

Wij vergoeden de kosten van het gebruik van een alarmeringsysteem via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Voorwaarde: U moet recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29, hulpmiddelen).

Vergoeding: 100%

15.2. Abonnementkosten van het gebruik van een alarmeringssysteem

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

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29 hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 35,- per kalenderjaar.

Art. 16 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie

16.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie)

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

Vergoeding: 100%

16.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

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

Vergoeding: 100% correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar. Voor overige behandelingen bestaat geen dekking

Voorwaarde: Een lijst met zorgverleners waarbij wij een correctie van de oorstand vergoeden, kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Art. 17 Preventieve cursussen

Wij geven een tegemoetkoming in 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, bewustwordings- en/of zelfmanagement-cursus 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 downloaden vanaf 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 georga-

niseerd door Happy Weight of programma "Slim Healty" georganiseerd door onze health Centers;

- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health 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, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma "eerste hulp" van het Oranje Kruis;
- eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

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

Vergoeding: 75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 18 Preventieve onderzoeken

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

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

Voorwaarde: Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

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

Vergoeding: 100%.

Art. 19 Psoriasisbehandeling

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

Voorwaarden:

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

Vergoeding: maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 20 Sportarts

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

Voorwaarde: De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Vergoeding: maximaal 2x per verzekerde per kalenderjaar

Art. 21 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sport Medische Instelling.

Voorwaarde: De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek die 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.

Vergoeding:

Sportmedisch onderzoek per verzekerde 1x per 2 kalenderjaren:

- Basis: maximaal € 85,-;
- Basis Plus: maximaal € 100,-;
- Groot: maximaal € 135,-.

Art. 22 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.

Vergoeding: maximaal € 225,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 23 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarde: De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding: maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar

Art.24 Trans-therapie door neuromodulator (BioStim) en biofeedbackapparatuur (FemiScan)

Wij vergoeden de kosten van huur van de neuromodulator en van de biofeedbackapparatuur voor behandeling van incontinentie.

Voorwaarde: Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: 100%

Hoofdstuk 3

Aanvullende verzekering EXTRA

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

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

Art. 1 Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering wettig zijn geadopteerd, 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:

- Het adoptiekind moet op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en niet reeds 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.

Vergoeding:

- adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf
- medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Art. 2 AeroChamber

Wij vergoeden de kosten van een AeroChamber, die wordt gebruikt voor de inhalatie van een dosis-aërosol.

Vergoeding: maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 3 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

3.1 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten.

Voorwaarden:

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseis 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.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden niet de kosten van kuren en reizen.
- Wij vergoeden niet de kosten van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.

Vergoeding: maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

Wij vergoeden na het bereiken van de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de aanvullende verzekering Extra, aanvullend maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

3.2 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden:

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheker of apotheehoudende huisarts.

Vergoeding: maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

Wij vergoeden, na het bereiken van de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de aanvullende verzekering Extra, aanvullend maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 4 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.

Vergoeding: 50% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

Art. 5 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood **5.1 Bewakingsmonitor**

Wij vergoeden de kosten van huur van een bewakingsmonitor voor maximaal 12 maanden.

Voorwaarden:

- U moet zijn doorverwezen door een arts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de kosten van huur van een bewakingsmonitor.

5.2 Sensormatje

Wij vergoeden de volledige aanschafkosten van het sensormatje van Nanny Care in eigendom.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een arts.

Vergoeding: 100%

Art. 6 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 leiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Vergoeding: maximaal € 4,- per keer tot maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 7 Brillen, contactlenzen en ooglaseren

7.1 Pearle Opticiens, Eye Wish en VisioClinics

Wij vergoeden kosten van brillen met glazen op sterkte, verlenen korting en een vergoeding op contactlenzen op sterkte van Pearle Opticiens en Eye Wish en vergoeden kosten van ooglaseren bij VisionClinics.

Voorwaarden:

- U dient bij aanschaf van de bril of lenzen in de winkel of bij ooglaseren in de kliniek aan te geven dat u van deze vergoedingsregeling gebruik wenst te maken.
- De vergoeding wordt door Pearle Opticiens en Eye Wish en VisionClinics rechtstreeks met ons verrekend.
- De vergoeding voor ooglaseren geldt niet in combinatie met tijdelijke acties van VisionClinics.

Vergoeding:

- brillen: complete enkelvoudige bril € 100,-; of complete multifocale bril € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren óf
- lenzen: 15% korting op lenzen en vloeistoffen en een vergoeding van maximaal € 45,- per persoon per 3 kalenderjaren óf
- ooglaseren: maximaal € 350,- per persoon per 3 kalenderjaren

óf

7.2 Overige opticiens en ooglaserklinieken

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte, contactlenzen op sterkte en een ooglaserbehandeling.

Voorwaarden:

- De brillen en contactlenzen moeten zijn geleverd door een opticien of optiekbedrijf.
- De oogarts die de ooglaserbehandeling uitvoert moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van het NOG.

Vergoeding: maximaal € 45,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen, contactlenzen en ooglaseren tezamen.

Art.8 Buitenland

8.1 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 aanspraak hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

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 Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheekunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

Vergoeding: 100% kostprijs, bij verblijf van maximaal 6 maanden

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

Vergoeding: 100% kostprijs, bij verblijf van maximaal 12 maanden

8.2 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 via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer €0,28 per km

8.3 Overnachtings- 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 8.2, voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de overnachtingskosten 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.

Vergoeding: overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,28 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

8.4 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 zorginstelling in 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 Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: 100%

8.5 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;
- hepatitis A/B.

Vergoeding: 100% bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale, of maximaal € 150,- bij andere zorgverleners.

Art. 9 Circumcisie

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

Voorwaarde: De behandeling moet plaatsvinden bij een zorgverlener, in een zelfstandig behandelcentrum of een besnijdeniskliniek. Een lijst met zorgverleners, die door ons vergoed worden, kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: 100%

Art. 10 Dieetadvisering/voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van:

- dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Voor verzekerden die op grond van het (Keuze) Zorg Plan recht hebben op vergoeding van de kosten van dieetadvisering geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis;
- voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering.

Voorwaarden:

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- De behandelend gewichtsconsulent moet zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Vergoeding: maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 11 Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg

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

Vergoeding: maximaal € 80,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 12 Fysiotherapie, oefentherapie en bewegingstherapie

12.1 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.

Bij overige prestaties vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde:

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de 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. Een lijst met zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u downloaden vanaf 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 12.2.

Vergoeding: maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

12.2 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 mensen met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD in

de stadia Gold 1 en 2.

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

Vergoeding: maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 13 Gasthuis

13.1 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, 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;
- een kilometervergoeding voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,28 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde:

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

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

Vergoeding: maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen.

13.2 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.

Vergoeding: maximaal € 35,- per dag.

Art. 14 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van bruikleen 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 als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij de hulpmiddelenleverancier.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hulpmiddelenleverancier en wordt tijdelijk aan u ter beschikking gesteld.

Vergoeding: 100%.

Art. 15 Herstel en Balans

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

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

Vergoeding: maximaal € 700,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 16 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- acnébehandeling 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 of laserepilatie behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut bij vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.

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.

Vergoeding: maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 17 Hulpmiddelen (wettelijke eigen bijdrage)**17.1 Eigen bijdrage hoortoestellen**

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een hoortoestel met afstandsbediening.

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29, hulpmiddelen).
- De afstandsbediening moet op medische indicatie zijn verstrekt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 185,- per apparaat

17.1 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor pruiken.

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 75,50.

Art. 18 Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)

Wanneer een ouder die bij ons collectief verzekerd is wordt opgenomen in een ziekenhuis regelen wij voor u vanaf de derde dag van de ziekenhuisopname kinderopvang 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 instelling voor kinderopvang.

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

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

Vergoeding: Maximaal 50 uur per week.

Art. 19 Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd, mits U het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons heeft aangevraagd.

Art. 20 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.

Vergoeding: maximaal 15 uur, eigen bijdrage € 3,80 per uur

Art. 21 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde: De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de beroepsvereniging NVL of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een kraamcentrum.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 22 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining georganiseerd door het Instituut Leefstijl Training en Coaching te Dalfsen.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Vergoeding: maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 23 Mantelzorgvervangende 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.

Voorwaarde: De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangende Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag.

Vergoeding: maximaal 21 dagen per verzekerde per kalenderjaar

Art. 24 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 apotheker of apotheehouder huisarts.

Vergoeding: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 25 Obesitasbehandeling

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het deeltijd dagbehandelingprogramma voor obese patiënten in de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) te Hilversum. 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) ≥ 40 bedraagt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- U moet het volledige programma voltooid hebben.

Vergoeding: maximaal € 750,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 26 Orthodontie tot 18 jaar

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

Voorwaarde: De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of door een 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.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 700,- per verzekerde per kalenderjaar tot de 18 jarige leeftijd.

Collectief Aanvullend Pakket (C.A.P.) (indien meeverzekerd volgens het polisblad)

15% tot maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar tot de 18 jarige leeftijd.

Art. 27 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.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een huisarts.

Vergoeding: maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 28 Overgangsconsulent

Wij vergoeden het consulttarief van een overgangsconsult.

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

Vergoeding: 75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 29 Pedicurezorg

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

Voorwaarden:

- De pedicure moet in het bezit zijn van het certificaat 'Diabetische voet' en/of 'Reumatische voet'.
- 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.

Vergoeding: maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 126,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 30 Personenalarmering**30.1. Personenalarmering via de Achmea Alarmcentrale**

Wij vergoeden de kosten van het gebruik van een alarmingssysteem via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Voorwaarde: U moet recht hebben op vergoeding van het

persoonalarmeringskastje vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29, hulpmiddelen).

Vergoeding: 100%

30.2 Abonnementkosten van het gebruik van een alarmeringssysteem

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

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29 hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 35,- per kalenderjaar

Art. 31 Plakstrips mammaprothese

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

Vergoeding: 100%

Art. 32 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie

32.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie)

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

Vergoeding: 100%

32.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

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

Vergoeding: 100% correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar. Voor overige behandelingen bestaat geen dekking.

Voorwaarde: Een lijst met zorgverleners waarbij wij een correctie van de oorstand vergoeden, kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen

Art. 33 Plaswekker

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker.

Vergoeding: maximaal € 100,- per gezin voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 34 Podotherapie/podologie

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

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.

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.

Vergoeding: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 35 Preventieve cursussen

Wij geven een tegemoetkoming in 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, bewustwordings- en/of zelfmanagement-cursus 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 downloaden vanaf 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 programma "Slim Healty" georganiseerd door onze health Centers;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health 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, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma "eerste hulp" van het Oranje Kruis;
- eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

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

Vergoeding: 75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar

Art. 36 Preventieve onderzoeken

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

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

Voorwaarde: Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

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

Vergoeding: 100%

Art. 37 Psoriasisbehandeling

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

Voorwaarden:

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

Vergoeding: maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 38 Sportarts

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

Voorwaarde: De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Vergoeding: maximaal 2x per verzekerde per kalenderjaar

Art. 39 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sport Medische Instelling.

Voorwaarde: De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek die 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.

Vergoeding:

Sportmedisch onderzoek per verzekerde 1x per 2 kalenderjaren:

- Basis: maximaal € 85,-;
- Basis Plus: maximaal € 100,-;
- Groot: maximaal € 135,-.

Art. 40 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

Vergoeding: 100%

Art. 41 Steunpessarium

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

Vergoeding: 100%

Art. 42 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen.

Voorwaarde: De steunzolen moeten zijn geleverd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van podotherapeutische en podologische steunzolen door een podoloog.

Vergoeding: maximaal € 35,- 1x per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 43 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.

Vergoeding: maximaal € 450,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering.

Art. 44 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden aan verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarde: De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding: maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 45 Therapeutische vakantiecampen**45.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen**

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

georganiseerd door:

- Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Hartenark).

Vergoeding: maximaal € 10,- per dag tot maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar

45.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn en niet in een AWBZ-instelling verblijven of worden behandeld de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

Vergoeding: maximaal € 10,- per dag tot maximaal 14 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 46 Trans-therapie door neuromodulator (BioStim) en biofeedbackapparatuur (FemiScan))

Wij vergoeden de kosten van huur van de neuromodulator en van de biofeedbackapparatuur voor behandeling van incontinentie.

Voorwaarde: Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: 100%

Art. 47 Vakantiehôtels 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 doet 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.

Vergoeding: tegemoetkoming van 25% in de kosten van hotel of vaarvakantie op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem.

Art. 48 Vervoer van zieken

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 vergoeding hebben op 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.

Voorwaarden:

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en welke vorm. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit Het (Keuze) Zorg Plan, de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Vergoeding:

- eigen vervoer € 0,28 per km;
- taxivervoer 100%.

Na een eigen betaling van € 89,- per verzekerde per kalenderjaar wordt voor eigen vervoer en taxivervoer vergoeding verleend tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Hoofdstuk 4 Aanvullende verzekering ROYAAL

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

Inleiding:

Voor de in artikel 6, 7.2 a en b, 14, 16, 31, 33, 34, 38, 39, 40, 48, en 52 genoemde kosten geldt tezamen, met inachtneming van een eventueel per artikel geldend maximum, een maximale vergoeding van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

Art. 1 Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering wettig zijn geadopteerd, 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 reeds 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.

Vergoeding: adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Art.2 AeroChamber

Wij vergoeden de kosten van een AeroChamber, die wordt gebruikt voor de inhalatie van een dosis-aërosol.

Vergoeding: 100%

Art. 3 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

3.1 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van consulten van de volgende alternatieve genezers of therapeuten:

A Artsen:

Een in Nederland gevestigde arts-acupuncturist, homeopathisch arts, arts voor natuurgeneeswijzen, antroposofisch arts, arts-enzymtherapeut, Sikesz-arts, manueel arts of Moerman-arts. Onder arts wordt in het kader van dit artikel tevens verstaan een osteopaat die lid is van het Nederlands Register voor osteopathie/ Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NRO/NVO) of de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).

Vergoeding: Voor de kosten van consulten van de hiervoor genoemde artsen tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult) maximaal € 75,- per dag vergoed.

B Niet-artsen:

Een in Nederland gevestigde acupuncturist, fysiotherapeut-acupuncturist, klassiek homeopaat, manueel therapeut, chiropractor, haptotherapeut of natuurgeneeskundig therapeut.

Vergoeding: Voor deze zorgverleners tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult) maximaal € 35,- per dag vergoed.

Gezamenlijke maximum vergoeding

Van de gezamenlijke kosten van de hiervoor onder A en B genoemde alternatieve genezers of therapeuten worden per kalenderjaar maximaal 20 consulten vergoed.

Voorwaarden:

- Bij een natuurgeneeskundig therapeut komen alleen de kosten van een natuurgeneeskundig consult voor vergoeding in aanmerking.
- De onder B genoemde genezers of therapeuten dienen lid te zijn van een voor hun discipline opgerichte landelijk erkende beroepsvereniging. Indien wij daarom verzoeken, dient verzekerde een schriftelijk bewijs van dit lidmaatschap aan ons te verstrekken.
- Kosten verbandhoudende met alternatieve psychotherapie komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 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.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden niet de kosten van kuren en reizen.
- Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.

3.2 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden:

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door één van de hiervoor genoemde alternatief genezers of therapeuten.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheker of apotheekhoudende huisarts

Vergoeding: 100%

Art. 4 Eigen bijdrage bevalling, 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.

Vergoeding: 100% van de wettelijke eigen bijdrage

Art. 5 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

5.1 Bewakingsmonitor

Wij vergoeden de kosten van huur van een bewakingsmonitor voor maximaal 12 maanden.

Voorwaarden:

- U moet zijn doorverwezen door een arts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de kosten van huur van een bewakingsmonitor.

5.2 Sensormatje

Wij vergoeden de volledige aanschafkosten van het sensormatje van Nanny Care in eigendom.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een arts.

Vergoeding: 100%

Art. 6 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 leiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Vergoeding: 100%, met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art.7 Brillenglazen, contactlenzen of ooglaseren

7.1 Pearle Opticiens, Eye Wish en VisionClinics

Wij vergoeden kosten van brillen met glazen op sterkte, verlenen korting op contactlenzen op sterkte van Pearle Opticiens en Eye Wish en ooglaseren bij VisionClinics.

Voorwaarden:

- U dient bij aanschaf van de bril of lenzen in de winkel of bij ooglaseren in de kliniek aan te geven dat u van deze vergoedingsregeling gebruik wenst te maken.
- De vergoeding wordt door Pearle Opticiens en Eye Wish en VisionClinics rechtstreeks met ons verrekend.
- De vergoeding voor ooglaseren geldt niet in combinatie met tijdelijke acties van VisionClinics.

Vergoeding:

- brillen: complete enkelvoudige bril € 50,- of complete multifocale bril € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren óf
- lenzen: 15% korting op lenzen en vloeistoffen óf
- ooglaseren: maximaal € 350,- per persoon per 3 kalenderjaren.

Indien de sterkte van de brillenglazen of lenzen minimaal plus of min 4 dioptrie bedraagt, geldt extra boven vorengenoemde vergoeding voor brillen en naast de korting voor lenzen, de onder 7.2.a en b vermelde vergoeding voor brillenglazen en

lenzen met inachtneming van de daar vermelde gezamenlijke maximale kostenvergoeding.

óf

7.2 Overige opticiens en ooglaserklinieken

- a. Brillenglazen en contactlenzen, geleverd door een opticien of optiekbedrijf:
Wij vergoeden de kosten van brillenglazen of contactlenzen met een minimale sterkte van plus of min 4 dioptrie tot maximaal één paar glazen tot max. € 250,- per paar per 3 kalenderjaren.
- b. Wij vergoeden voor contactlenzen van minimaal plus of min 4 dioptrie, speciaal gemaakt voor kortdurend gebruik, zoals dag-, week-, maand-, halfjaarlenzen en jaarlenzen, in plaats van de hiervoor onder 7.2 onder a vermelde vergoedingsregeling, maximaal € 65,- per kalenderjaar.

De onder 7.2.a en b vermelde vergoedingen worden verleend met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

of

c. Ooglaseren

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

Vergoeding: maximaal € 45,- per verzekerde per 3 kalenderjaren

Art. 8 Buitenland

8.1 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 aanspraak hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

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 Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 22 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheerkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

Vergoeding: 100% kostprijs, bij verblijf van maximaal 12 maanden.

8.2 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 wachttijdverkortings.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: Taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer €0,28 per km

8.3 Overnachtings- 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 8.2, voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de overnachtingskosten 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.

Vergoeding: overnachtingskosten: maximaal € 35,- per

dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,28 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname.

8.4 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 zorginstelling in 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 Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: 100%

8.5 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;
- hepatitis A/B.

Vergoeding: 100% bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale, of maximaal € 150,- bij andere zorgverleners

Art. 9 Circumcisie

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

Voorwaarde: De behandeling moet plaatsvinden bij een zorgverlener, in een zelfstandig behandelcentrum of een besnijdeniskliniek. Een lijst met zorgverleners, die door ons vergoed worden, kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: 100%

Art. 10 Dieetadvisering/voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van:

- dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Voor verzekerden die op grond van het (Keuze) Zorg Plan recht hebben op vergoeding van de kosten van dieetadvisering geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis;
- voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering.

Voorwaarden:

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- De behandelend gewichtsconsulent moet zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Vergoeding: maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 11 Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg

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

Vergoeding: maximaal € 80,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 12 Eigen bijdrage (Bovenlimietprijs GVS)

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

Vergoeding: 100%

Art. 13 Fysiotherapie, oefentherapie en bewegingstherapie

13.1 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.

Bij overige prestaties vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde:

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de 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. Een lijst met zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u downloaden vanaf 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 13.2.

Vergoeding: maximaal 27 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

13.2 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 mensen met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2.

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

Vergoeding: maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 14 Gasthuis

14.1 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;
- een kilometervergoeding voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,28 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarden:

- U moet een specificatie van de gemaakte aan ons overleggen.
- Wij 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.

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

Vergoeding: 100% met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

14.2 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.

Vergoeding: maximaal € 35,- per dag met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 15 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van bruikleen 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 als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij de hulpmiddelenleverancier.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hulpmiddelenleverancier en wordt tijdelijk aan u ter beschikking gesteld.

Vergoeding: 100%

Art. 16 Halskraag

Wij vergoeden de kosten van een halskraag mits verstrekt op voorschrift van een arts met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

Art. 17 Herstel en Balans

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

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

Vergoeding: maximaal € 800,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 18 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van opname in een herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. Een lijst met herstellingsoorden, die door ons vergoed worden, kunt u downloaden vanaf 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.

Vergoeding: maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar

Art. 19 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- acnébehandeling 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 of laserepilatie behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut bij vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.

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.

Vergoeding: maximaal € 600,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 20 Hulpmiddelen (wettelijke eigen bijdrage)

Wij vergoeden de kosten van die hulpmiddelen die op grond van het (Avéro) Achmea Reglement Hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen en voor zover de kosten de limieten als omschreven in het (Avéro) Achmea Reglement Hulpmiddelen overschrijden, of als eigen bijdrage (niet zijnde een besparingsbijdrage) zijn vastgesteld.

Toelichting voorwaarden van vergoeding:

De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Avéro Achmea. Inclusief de vergoeding vanuit de hoofdverzekering wordt voor een pruik maximaal € 460,- en voor een hoortoestel maximaal € 800,- vergoed.

Een en ander met inachtneming van de hieronder vermelde maximumvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29, hulpmiddelen).
- De afstandsbediening voor het hoortoestel moet op medische indicatie zijn verstrekt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: Maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 21 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 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 instelling voor kinderopvang.

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

Vergoeding: Maximaal 50 uur per week

Art. 22 Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd, mits U het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons heeft aangevraagd.

Art. 23 Kraamzorg

23.1 Eigen bijdrage kraamzorg

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

Vergoeding: 100%

23.2 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.

Vergoeding: maximaal 15 uur.

Art. 24 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde: De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de beroepsvereniging NVL of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een kraamcentrum.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 25 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining georganiseerd door het Instituut Leefstijl Training en Coaching te Dalfsen.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Vergoeding: maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 26 Mantelzorgvervangende 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.

Voorwaarde: De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangende Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag.

Vergoeding: maximaal 21 dagen per verzekerde per kalenderjaar

Art. 27 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 apotheker of apotheekhoudende huisarts.

Vergoeding: maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 28 Obesitasbehandeling

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het deeltijd dagbehandelingprogramma voor obese patiënten in de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) te Hilversum. 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) ≥ 40 bedraagt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- U moet het volledige programma voltooid hebben.

Vergoeding: maximaal € 1000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 29 Uitkering bij een ongeval

Als, blijkens 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, wordt een uitkering verleend van € 250,- per ongeval

Art. 30 Orthodontie

30.1 Orthodontie tot en met 21 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot en met 21 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of door een 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.

Vergoeding: 80% tot maximaal € 2.500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

30.2 Orthodontie vanaf 22 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden vanaf 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of door een 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.

Vergoeding: 70% tot maximaal € 1.000,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Voorwaarde: U dient ter beoordeling voorafgaand aan de behandeling het door de behandelend orthodontist opgestelde behandelplan tezamen met een schedelprofielfoto in te dienen ter attentie van de medisch adviseur van Avéro Achmea, Behandelingen waarvoor conform de score-richtlijnen van de "Index for Orthodontic Treatment Need" (IOTN) geen of een geringe behandelingsbehoefte (score 1 of 2) bestaat komen niet voor vergoeding in aanmerking. De orthodontist kan U hierover informatie verstrekken.

Art. 31 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.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een huisarts.

Vergoeding: maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 32 Overgangsconsulent

Wij vergoeden het consulttarief van een overgangsconsulent.

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

Vergoeding: 75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 33 Patiëntenverenigingen

Wij vergoeden het lidmaatschap tot maximaal € 25,- per lidmaatschap met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar

Art. 34 Pedicurezorg

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

Voorwaarden:

- De pedicure moet in het bezit zijn van het certificaat 'Diabetische voet' en/of 'Reumatische voet'.
- 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.

Vergoeding: 100% met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art 35 Personenalarmering**35.1 Personenalarmering via de Achmea Alarmcentrale**

Wij vergoeden de kosten van het gebruik van een alarmringssysteem via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Voorwaarde: U moet recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29, hulpmiddelen).

Vergoeding: 100%

35.2 Abonnementkosten van het gebruik van een alarmeringssysteem

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

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29 hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 35,- per kalenderjaar

Art. 36 Plakstrips mammaprothese

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

Vergoeding: 100%

Art. 37 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie**37.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie)**

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

Vergoeding: 100%

37.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

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

Vergoeding: 100% correctie van de oorstand. Voor overige behandelingen bestaat geen aanspraak op dekking.

Art. 38 Plaswrekker

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

Vergoeding: 100%, met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 39 Podotherapie/podologie

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

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.

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.

Vergoeding: 100%, met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 40 Preventieve cursussen

Wij geven een tegemoetkoming in 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, bewustwordings- en/of zelfmanagement-cursus 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 downloaden vanaf 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 patiën-

- tenbond 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 programma "Slim Healty" georganiseerd door onze health Centers;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health 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, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma "eerste hulp" van het Oranje Kruis;
- eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

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

Vergoeding: 75% tot maximaal € 115,- per cursus per verzekerde per kalenderjaar met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 41 Preventieve geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van:

- a. röntgenologisch borstonderzoek;
 - b. inentingen tegen hondsdolheid en rode hond;
 - c. griepvaccinatie;
 - d. tetanusvaccinatie;
 - e. vaccinatie tegen meningokokken;
 - f. Y-globuline;
 - g. immunisatie in verband met zwangerschap;
 - h. 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).
-

Art. 42 Preventieve onderzoeken

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

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

Voorwaarde: Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

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

Vergoeding: 100%

Art. 43 Psoriasisbehandeling

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

Voorwaarden:

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

Vergoeding: maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 44 Sportarts

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

Voorwaarde: De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Vergoeding: maximaal 2x per verzekerde per kalenderjaar

Art. 45 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sport Medische Instelling.

Voorwaarde: De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van een (ver-

plichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek die 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.

Vergoeding: Sportmedisch onderzoek per verzekerde 1x per 2 kalenderjaren:

- Basis: maximaal € 85,-;
- Basis Plus: maximaal € 100,-;
- Groot: maximaal € 135,-.

Art. 46 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

Vergoeding: 100%

Art. 47 Steunpessarium

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

Vergoeding: 100%

Art. 48 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen.

Voorwaarde: De steunzolen moeten zijn geleverd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van podotherapeutische en podologische steunzolen door een podoloog.

Vergoeding: 1 paar per kalenderjaar met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 49 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.

Vergoeding: maximaal € 1000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 50 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot en met 21 jaar.

Wij vergoeden aan verzekerden tot en met 21 jaar de kosten van tandheelkundige behandelingen.

Voorwaarde: De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding: 100%

Art. 51 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 22 jaar

Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 22 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. De vergoeding bedraagt 75% van de wettelijk vastgestelde tarieven (Uniforme Particuliere Tarieven) tot ten hoogste € 200,- per element, tot maximaal € 2.500,- per ongeval.

Art. 52 Therapeutische kampen

52.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

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

- Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Hartenark).

Vergoeding: maximaal € 10,- per dag tot maximaal 42 dagen per kalenderjaar met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

52.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn en niet

in een AWBZ-instelling verblijven of worden behandeld de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

Vergoeding: maximaal € 23,- per dag per verzekerde met inachtneming van de gezamenlijke maximale kostenvergoeding per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 53 Thuisverpleging

Wij vergoeden de kosten van thuisverpleging ten behoeve van een verzekerde van 18 jaar en ouder, na een vroegtijdig ontslag uit een ziekenhuis, niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis. De verpleging dient uitsluitend betrekking te hebben op een verkorting van de noodzakelijke opnemingsduur waarbij na medisch noodzakelijke verpleegzorg in een ziekenhuis de verpleging thuis wordt voortgezet. Vergoeding wordt verleend voor maximaal 10 uren thuisverpleging per dag tot maximaal 100 dagen per kalenderjaar. De aanvraag voor vergoeding van de kosten van thuisverpleging dient samen met een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de behandelend specialist t.a.v. de medisch adviseur van Avéro Achmea te worden ingediend.

Uitsluitingen:

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- de kosten van reguliere thuiszorg of een wettelijke eigen bijdrage;
- thuisverpleging verband houdende met een opname voor zwangerschap, bevalling en kraambed

Art. 54 Trans-therapie door neuromodulator (BioStim) en biofeedbackapparatuur (FemiScan)

Wij vergoeden de kosten van huur van de neuromodulator en van de biofeedbackapparatuur voor behandeling van incontinentie.

Voorwaarde: Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: 100%

Art. 55 Vakantiehôtels 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 doet 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.

Vergoeding: tegemoetkoming van 25% in de kosten van hotel of vaarvakantie op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem

Art. 56 Vervoer van zieken

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 aanspraak 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.

Voorwaarden:

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit het (Keuze) Zorg Plan, de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.

Vergoeding: Taxivervoer: 100%; Eigen vervoer € 0,28 per km.

Art. 57 Wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer
Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij vergoeding van vervoer vanuit het (Keuze) Zorg Plan.
Vergoeding: 100%

Hoofdstuk 5 Aanvullende verzekering EXCELLENT

Voorwaarden en vergoedingen aanvullende verzekeringen.
Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u bij ons heeft afgesloten.
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

Art. 1 Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie
Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering wettig zijn geadopteerd, 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 reeds 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.

Vergoeding: adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf
medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Art. 2 AeroChamber
Wij vergoeden de kosten van een AeroChamber, die wordt gebruikt voor de inhalatie van een dosis-aërosol.
Vergoeding: 100%

Art. 3 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

3.1 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van consulten van de volgende alternatieve genezers of therapeuten:

A Artsen:

Een in Nederland gevestigde arts-acupuncturist, homeopatisch arts, arts voor natuurgeneeswijzen, antroposofisch arts, arts-enzymtherapeut, Sickness-arts, manueel arts of Moerman-artsen en overige artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen. Onder arts wordt in het kader van dit artikel tevens verstaan een osteopaat die lid is van het Nederlands Register voor osteopathie/ Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NRO/NVO) of de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).

Vergoeding: Voor de kosten van consulten van de hiervoor genoemde artsen tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult) maximaal € 75,- per dag vergoed.

B Niet-artsen:

Een in Nederland gevestigde acupuncturist, fysiotherapeut-acupuncturist, klassiek homeopaat, manueel therapeut, chiropractor, haptotherapeut of natuurgeneeskundig therapeut.

Vergoeding: Voor deze zorgverleners tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult) maximaal € 50,- per dag vergoed.

Gezamenlijke maximum vergoeding

Van de gezamenlijke kosten van de hiervoor onder A en B genoemde alternatieve genezers of therapeuten worden per kalenderjaar maximaal 24 consulten vergoed.

Voorwaarden:

- Bij een natuurgeneeskundig therapeut komen alleen de kosten van een natuurgeneeskundig consult voor vergoeding in aanmerking.
- De onder B genoemde genezers of therapeuten dienen lid te zijn van een voor hun discipline opgerichte landelijk erkende beroepsvereniging. Indien wij daarom verzoeken, dient verzekerde een schriftelijk bewijs van dit lidmaatschap aan ons te verstrekken.
- Kosten verbandhoudende met alternatieve psychotherapie komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 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.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of

- gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden niet de kosten van kuren en reizen.
- Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.

3.2. Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden:

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door één van de hiervoor genoemde alternatief genezers of therapeuten.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheker of apotheekhoudende huisarts.

Vergoeding: 100%

Art. 4 Eigen bijdrage bevalling, 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.

Vergoeding: 100% van de wettelijke eigen bijdrage

Art. 5 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

5.1 Bewakingsmonitor

Wij vergoeden de kosten van huur van een bewakingsmonitor voor maximaal 12 maanden.

Voorwaarden:

- U moet zijn doorverwezen door een arts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de kosten van huur van een bewakingsmonitor.

5.2 Sensormatje

Wij vergoeden de volledige aanschafkosten van het sensormatje van Nanny Care in eigendom.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een arts.

Vergoeding: 100%

Art. 6 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 leiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Vergoeding: 100%

Art.7 Brillenglazen, contactlenzen of ooglasers

7.1 Pearle Opticiens, Eye Wish en VisionClinics

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte, verlenen korting op contactlenzen op sterkte van Pearle Opticiens, Eye Wish en ooglasers bij VisionClinics.

Voorwaarden:

- U dient bij aanschaf van de bril of lenzen in de winkel of bij ooglasers in de kliniek aan te geven dat u van deze vergoedingsregeling gebruik wenst te maken.
- De vergoeding wordt door Pearle Opticiens, Eye Wish en VisionClinics rechtstreeks met ons verrekend.
- De vergoeding voor ooglasers geldt niet in combinatie met tijdelijke acties van VisionClinics.

Vergoeding

- brillen: complete enkelvoudige bril € 100,-; of complete multifocale bril € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren óf
- lenzen: 20% korting op lenzen en vloeistoffen of
- ooglasers: maximaal € 400,- per persoon per 3 kalenderjaren.

Indien de sterkte van de brillenglazen of lenzen minimaal plus of min 1 dioptrie bedraagt, geldt extra bovenvernoemde vergoeding voor brillen en naast de korting voor lenzen, de onder 7.2.a, b en c vermelde vergoeding voor brillenglazen en lenzen.

óf

7.2 Overige opticiens en ooglaserklinieken

- Brillenglazen en contactlenzen, geleverd door een opticien of optiekbedrijf:

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen of contactlenzen met een minimale sterkte van plus of min 1 dioptrie tot maximaal één paar glazen tot max. € 350,- per paar per 3 kalenderjaren. Verdere vergoeding vindt plaats indien medische redenen de aanschaf van glazen of lenzen noodzakelijk maken waarvan de kosten hoger zijn dan € 350,- per paar. In dat geval stelt verzekerde voorafgaand aan de aanschaf ons in het bezit van schriftelijk gemotiveerde toelichting van de leverancier van de glazen of lenzen. Uit de toelichting van de leverancier dient te blijken op grond van welke redenen glazen of lenzen met een kostprijs tot € 350,- per paar niet kunnen volstaan. Wij bepalen of, en zo ja, in hoeverre het meerdere voor vergoeding in aanmerking komt. Wij zullen het meerdere vergoeden indien wij vaststellen dat brillenglazen of contactlenzen tot € 350,- per paar niet volstaan.

- Indien medische redenen (niet ten gevolge van diefstal verlies of beschadiging) een vervangingsaanschaf van brillenglazen of contactlenzen nodig maken, binnen de in 7.2 onder a genoemde termijn van 3 kalenderjaren, vergoeden wij maximaal eenmaal binnen deze termijn de vervangingsaanschaf conform de hiervoor vermelde vergoedingsregeling. De medische redenen moeten blijken uit een verklaring van een oogarts.

- Indien sprake is van de aanschaf van contactlenzen van minimaal plus of min 1 dioptrie, speciaal gemaakt voor kortdurend gebruik, zoals dag-, week-, maand-, halfjaarlenzen en jaarlenzen, vergoeden wij in plaats van de hiervoor onder 7.2 onder a en b vermelde vergoedingsregeling maximaal € 75,- per kalenderjaar

- Ooglasers

Voorwaarden:

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

Vergoeding: maximaal € 95,- per verzekerde per 3 kalenderjaren.

Art. 8 Buitenland

8.1 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 aanspraak hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

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 Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 22 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

Vergoeding: 100% kostprijs, bij verblijf van maximaal 12 maanden

8.2 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 wachttijdverkorting.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste

- klasse) 100%; eigen vervoer €0,28 per km
- 8.3 Overnachtings- 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 8.2 voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:
- de overnachtingskosten 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.
- Vergoeding:** overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,28 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

8.4 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 zorginstelling in 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 Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: 100%

8.5 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;
- hepatitis A/B.

Vergoeding: 100%

Art. 9 Circumcisie

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

Voorwaarde: De behandeling moet plaatsvinden bij een zorgverlener, in een zelfstandig behandelcentrum of een besnijdeniskliniek. Een lijst met zorgverleners, die door ons vergoed worden, kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: 100%

Art. 10 Dieetadviesing/voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van:

- dieetadviesing door een diëtist. Dieetadviesing omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.
- voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering.

Voorwaarden:

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- De behandelend gewichtsconsulent moet zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Vergoeding: maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 11 Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg

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

Vergoeding: maximaal € 80,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 12 Eigen bijdrage (Bovenlimietprijs GVS)

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

Vergoeding: 100%

Art. 13 Fysiotherapie, oefentherapie en bewegingstherapie

13.1 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.

Bij overige prestaties vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de 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. Een lijst met zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u downloaden vanaf 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 13.2.

Vergoeding: 100%

13.2 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 mensen met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2.

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

Vergoeding: maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 14. Gasthuis

14.1 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;
- een kilometervergoeding voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,28 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarden:

- U moet een specificatie van de gemaakte aan ons overleggen.
- Wij 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.

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

14.2 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.

Vergoeding: maximaal € 35,- per dag

Art. 15 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van bruikleen 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 als verloskundige actieve huisarts te worden

- ingediend bij de hulpmiddelenleverancier.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hulpmiddelenleverancier en wordt tijdelijk aan u ter beschikking gesteld.

Vergoeding: 100%

Art. 16 Halskraag

Wij vergoeden de kosten van een halskraag mits verstrekt op voorschrift van een arts.

Vergoeding: 100%

Art. 17 Herstel en Balans

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

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

Vergoeding: maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 18 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van opname in een herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. Een lijst met herstellingsoorden, die door ons vergoed worden, kunt u downloaden vanaf 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.

Vergoeding: 100%

Art. 19 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- acnébehandeling 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 of laserepilatie behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut bij vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandeling.

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.
- Voor elektrische of laserepilatie behandelingen moet u vooraf toestemming van Avéro Achmea hebben gekregen.

Vergoeding: 100%.

Art. 20 Hulpmiddelen (wettelijke eigen bijdrage)

Wij vergoeden de kosten van die hulpmiddelen die op grond van het (Avéro) Achmea Reglement Hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen en voor zover de kosten de limieten als omschreven in het (Avéro) Achmea Reglement Hulpmiddelen overschrijden, of als eigen bijdrage (niet zijnde een besparingsbijdrage) zijn vastgesteld. De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Avéro Achmea.

Toelichting voorwaarden van vergoeding:

1. Pruik

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van een pruik tot maximaal € 460,- inclusief de vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan. Verdere vergoeding vindt plaats 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 € 460,- niet volstaat.

2. Hoortoestel

Vergoeding wordt verleend voor een hoortoestel tot maximaal € 800,- inclusief de vergoeding vanuit de hoofdverzekering.

Verdere vergoeding vindt plaats indien om medische redenen de aanschaf van een hoortoestel noodzakelijk is waarvan de aanschafkosten hoger zijn dan € 800,-.

In dat geval stelt verzekerde voorafgaand aan de aanschaf van het hoortoestel Avéro Achmea in het bezit van een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de voorschrijvend KNO-arts. Uit de toelichting dient te blijken op grond van welke medische redenen aanschaf van het aangevraagde toestel noodzakelijk is. 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 hoortoestel van maximaal € 800,- niet volstaat.

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29, hulpmiddelen).
 - De afstandsbediening voor het hoortoestel moet op medische indicatie zijn verstrekt.
 - Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
-

Art. 21 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 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 instelling voor kinderopvang.

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

Vergoeding: Maximaal 50 uur per week

Art. 22 Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd, mits U het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons heeft aangevraagd.

Art. 23 Kraamzorg

23.1 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.

Vergoeding: 100%

23.2 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.

Vergoeding: maximaal 15 uur

Art. 24 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde: De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de beroepsvereniging NVL of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een kraamcentrum.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 25 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining georganiseerd door het Instituut Leefstijl Training en Coaching te Dalfsen.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Vergoeding: maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 26 Mantelzorgvervangende 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 man-

telzorg.

Voorwaarde: De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangend Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag.
Vergoeding: 100%

Art. 27 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 apotheker of apotheekhoudende huisarts.

Vergoeding: 100%

Art. 28 Obesitasbehandeling

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het deeltijd dagbehandelingprogramma voor obese patiënten in de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) te Hilversum. 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) ≥ 40 bedraagt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- U moet het volledige programma voltooid hebben.

Vergoeding: maximaal € 1000,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 29 Uitkering bij een ongeval

Als, blijkens 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, wordt een uitkering verleend van € 250,- per ongeval

Art. 30 Orthodontie

30.1 Orthodontie tot en met 21 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot en met 21 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of door een 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.

Vergoeding: 100%

30.2 Orthodontie vanaf 22 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden vanaf 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of door een 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.

Vergoeding: 70% tot maximaal € 1.500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Voorwaarde: U dient ter beoordeling voorafgaand aan de behandeling het door de behandelend orthodontist opgestelde behandelplan tezamen met een schedelprofielfoto in te dienen ter attentie van de medisch adviseur van Avéro Achmea. Behandelingen waarvoor conform de score-richtlijnen van de "Index for Orthodontic Treatment Need" (IOTN) geen of een geringe behandelingsbehoefte (score 1 of 2) bestaat komen niet voor vergoeding in aanmerking. De orthodontist kan U hierover informatie verstrekken.

Art. 31 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.

Voorwaarde: U moet zijn doorverwezen door een huisarts.

Vergoeding: Maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 32 Overgangsconsulent

Wij vergoeden het consulttarief van een overgangsconsulent.

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

Vergoeding: 75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 33 Patiëntenverenigingen

Wij vergoeden het lidmaatschap

Art. 34 Pedicurezorg

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

Voorwaarden:

- De pedicure moet in het bezit zijn van het certificaat 'Diabetische voet' en/of 'Reumatische voet'.
- 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.

Vergoeding: 100%

Art. 35 Personenalarmering

35.1 Personenalarmering via de Achmea

Wij vergoeden de kosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Voorwaarde: U moet recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29, hulpmiddelen).

Vergoeding: 100%

35.2 Abonnementkosten van het gebruik van een alarmeringssysteem

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

Voorwaarden:

- U moet recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit het (Keuze) Zorg Plan (artikel 29 hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 35,- per kalenderjaar

Art. 36 Plakstrips mammaprothese

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

Vergoeding: 100%

Art. 37 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie

37.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie)

Wij vergoeden de behandeling door een medisch specialist.

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een medische noodzaak;
- Er moet vooraf schriftelijk toestemming door Avéro Achmea zijn verleend.

Vergoeding: 100%

37.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

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

Vergoeding: 100% correctie van de oorstand. Voor overige behandelingen wordt in totaal maximaal € 500,- per kalenderjaar vergoed.

Art. 38 Plaswekker

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

Vergoeding: 100%

Art. 39 Podotherapie/podologie

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

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.

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.

Vergoeding: 100%,

Art. 40 Preventieve cursussen

Wij geven een tegemoetkoming in 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, bewustwordings- en/of zelfmanagement-cursus 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 downloaden vanaf 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 programma "Slim Healty" georganiseerd door onze health Centers;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health 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, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma "eerste hulp" van het Oranje Kruis;
- eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

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

Vergoeding: 100%

Art. 41 Preventieve geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van:

- a. röntgenologisch borstonderzoek;
- b. inentingen tegen hondsdolheid en rode hond;
- c. griepvaccinatie;
- d. tetanusvaccinatie;
- e. vaccinatie tegen meningokokken;
- f. Y-globuline;
- g. immunisatie in verband met zwangerschap;
- h. 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).

Art. 42 Preventieve onderzoeken

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

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

Voorwaarde: Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

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

Vergoeding: 100%

Art. 43 Psoriasisbehandeling

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

Voorwaarden:

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasisdagbehandelingscentrum overleggen.

- Het psoriasisdagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar

Art. 44 Sportarts

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

Voorwaarde: De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Vergoeding: maximaal 2x per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 45 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek (Basis, Basis Plus of Groot) in een Sport Medische Instelling.

Voorwaarde: De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek die 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.

Vergoeding: 1x per 2 kalenderjaren per verzekerde

Art. 46 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

Vergoeding: 100%

Art. 47 Steunpessarium

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

Vergoeding: 100%

Art. 48 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten steunzolen.

Voorwaarde: De steunzolen moeten zijn geleverd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Uitsluiting: Wij vergoeden niet de kosten van podotherapeutische en podologische steunzolen door een podoloog.

Vergoeding: 100%

Art. 49 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.

Vergoeding: maximaal € 1.250,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 50 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot en met 21 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot en met 21 jaar de kosten van tandheelkundige behandelingen.

Voorwaarde: De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding: 100%

Art. 51 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 22 jaar

Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 22 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. De vergoeding bedraagt 75% van de wettelijk vastgestelde tarieven (Uniforme Particuliere Tarieven) tot ten hoogste € 200,- per element, tot maximaal € 2.500,- per ongeval.

Art. 52 Therapeutische kampen

52.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

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

- Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Hartenark).

Vergoeding: maximaal € 10,- per dag tot maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

52.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn en niet in een AWBZ-instelling verblijven of worden behandeld de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

Vergoeding: 100% tot maximaal 28 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Art. 53 Thuisverpleging

Wij vergoeden de kosten van thuisverpleging ten behoeve van een verzekerde van 18 jaar en ouder, na een vroegtijdig ontslag uit een ziekenhuis, niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis. De verpleging dient uitsluitend betrekking te hebben op een verkorting van de noodzakelijke opnemingsduur waarbij na medisch noodzakelijke verpleegzorg in een ziekenhuis de verpleging thuis wordt voortgezet. De aanvraag voor vergoeding van de kosten van thuisverpleging dient samen met een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de behandelend specialist t.a.v. de medisch adviseur van Avéro Achmea te worden ingediend.

Uitsluitingen:

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- de kosten van reguliere thuiszorg of een wettelijke eigen bijdrage;
 - thuisverpleging verband houdende met een opname voor zwangerschap, bevalling en kraambed.
-

Art. 54 Trans-therapie door neuromodulator (BioStim) en biofeedbackapparatuur (FemiScan)

Wij vergoeden de kosten van huur van de neuromodulator en van de biofeedbackapparatuur voor behandeling van incontinentie.

Voorwaarde: Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Vergoeding: 100%

Art. 55 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 doet 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.

Vergoeding: tegemoetkoming van 25% in de kosten van hotel of vaarvakantie op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem

Art. 56 Vervoer van zieken

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 aanspraak 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.

Voorwaarden:

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit het (Keuze) Zorg Plan, de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.

Vergoeding: Taxivervoer: 100%; Eigen vervoer € 0,28 per km.

Art. 57 Wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

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

Vergoeding: 100%

Hoofdstuk 6 Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering

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

A **Omvang van de dekking**

Comfort en services tijdens een medisch noodzakelijke opname van verzekerde in een ziekenhuis in Nederland of buiten Nederland, medisch-specialistische of kaakchirurgische behandeling en bijkomende kosten.

Het ziekenhuis buiten Nederland moet zijn erkend door de bevoegde overheidsinstantie.

Een medische noodzaak is in het kader van deze verzekering aanwezig indien verpleging, onderzoek en/of behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

B **Vergoedingen kosten ziekenhuisverpleging in Nederland**

1. Volledige vergoeding van de kosten van verpleging in een één- of tweepersoonskamer indien deze worden gedeclareerd door een ziekenhuis waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Een overzicht van de betreffende ziekenhuizen maakt deel uit van deze verzekering en kan worden opgevraagd bij ons.
Indien verpleging in een één- of tweepersoonskamer heeft plaatsgevonden en de kosten daarvan worden gedeclareerd door een ziekenhuis waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt dan worden de in rekening gebrachte kosten vergoed tot maximaal € 200,- per verpleegdag.
 2. In geval van verpleging in de laagste klasse van een ziekenhuis vergoeden wij € 70,- per verpleegdag.
-

C **Vergoedingen kosten ziekenhuisverpleging buiten Nederland**

1. Bij verpleging in een ziekenhuis dat onderscheid in klassenverpleging kent, wordt vergoeding verleend voor het verschil tussen de laagste en de naasthogere klasse.
2. In geval van verpleging in de laagste klasse danwel indien het betreffende ziekenhuis geen onderscheid in klassenverpleging kent, vergoeden wij € 70,- per verpleegdag.

Hoofdstuk 7 Aanvullende verzekeringen Tandartskosten (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent.)

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

Voor verzekerden is de vergoeding van de aanvullende verzekering tandheekunde een aanvulling op de vergoeding uit het (Keuze) Zorg Plan.

Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%. Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75% wanneer u een T Start, T Extra of T Royaal heeft en voor 100% wanneer u een T Excellent heeft. Behandeling van tandvleesaandoeningen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist.

Uitsluitingen:

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende codes:

- C70 en C75 (keuringsrapporten) en C90 (niet nagekomen afspraak);
- E97, E98 en E00 (uitwendig bleken van tanden en kiezen);
- D-codes (orthodontie);
- Z-codes (abonnementen).

Vergoedingen: De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

T START

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXTRA

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar

T ROYAAL

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar

T EXCELLENT

- 100%
- totale vergoeding is maximaal € 1.150,- per verzekerde per kalenderjaar

Hoofdstuk 8. Servicepakket

Inhoudsopgave

- Art. 1 Inleiding
 - Art. 2 Service
 - Art. 3 Aanspraken
-

Art. 1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overige service en aanspraken vanuit de verzekeringsovereenkomst beschreven.

Art. 2 Service

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.

Art. 3 Aanspraken

A. Buitenland

Achmea Alarmcentrale

De verzekerde kan terzake van ernstige ziekte of een ernstig ongeval voor hulp en advies onmiddellijk voor rekening van Avéro Achmea contact opnemen met de Achmea Alarmcentrale, waar Avéro Achmea een overeenkomst mee heeft.

Vergoed worden:

- de kosten van het organiseren van de hulpverlening door de Achmea Alarmcentrale (uitgevoerd door Eurocross International);
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea Alarmcentrale. In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met de Achmea Alarmcentrale, tel. + 31 713641850.

B. Wachttijdbemiddeling en zorggarantie

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 natuurlijk van de situatie af. Maar in verreweg de meeste gevallen is Avéro Achmea 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 Avéro Achmea Afdeling Zorgbemiddeling.

C. Health

Verzekerden van Avéro Achmea komen in aanmerking voor aantrekkelijke aanbiedingen. Hierna vindt u de partnerbedrijven vermeld waar Avéro Achmea met betrekking tot bepaalde gezondheidsprogramma's klantvoordelen heeft gerealiseerd.

Thema	Omschrijving	Health Klantvoordeel
Bewegen	Fitness en groepslessen	50% korting op het (eenmalige) inschrijfgeld en 20% korting op de contributie bij onze Achmea health Centers.
	Fietsen	50% korting op lidmaatschap (alleen het eerste jaar) van de Fietsersbond.
	Hardlopen	10% korting, gratis T-shirt bij aanschaf loopschoenen en gratis uitgebreide en professionele loopanalyse bij winkels van Runnersworld.
Mentaal Welzijn	Leefstijltrainingen	Naast vergoeding uit de aanvullende verzekering Extra, Royaal of Excellent krijgt u 10% korting op de individuele cursus Ontspannen en Persoonlijke balans en 30% korting op voor u geselecteerde workshops bij Instituut Leefstijl Training en Coaching (LTC) te Dalen.
	Vitaliteit/Persoonlijke balans	15% korting op een speciaal voor Achmea ontwikkeld vitaliteitsprogramma inclusief persoonlijke coaching bij Vital4life.
	Vitaliteit/Persoonlijke balans	30% korting op een aantal workshops voor lichaam en geest en 10% korting op individuele coaching bij Yurtlife.
	Vitaliteit/Persoonlijke balans	10% korting op individuele coaching bij (psychische) klachten bij Heartlight Energietherapie. Heartlight Energietherapie helpt u blokkades op te heffen, zodat uw energie weer gaat stromen.
	Overgangsklachten	Naast vergoeding uit de aanvullende verzekering Extra, Royaal of Excellent voor de overgangsconsulent krijgt u 25% korting op de schriftelijke cursus Plezier in de Overgang bij Mix Media (thuiseducatie) in samenwerking met Care for Women.
	Psychologie	25% korting op de schriftelijke cursus Praktische Psychologie bij Mix Media (thuiseducatie).
	Ontspannen	Unieke Achmea arrangementen bij Thermenholiday in Schiedam of korting op de toegangsprijs bij Thermenholiday in Schiedam en Zuidwolde.
	Ontspannen	Unieke Achmea arrangementen bij Zwaluwhoeve in Harderwijk of korting op de toegangsprijs.
	Ontspannen	Unieke Achmea arrangementen bij Fontana in Nieuweschans.
	Ontspannen	Diverse arrangementen samengesteld voor een weekendje of midweek weg bij vakantieparken van Landal GreenParks.
	Slaapcursus	20% korting op online slaapcursus bij Somnio. Somnio biedt advies en oplossingen om (chronische) slaapproblemen te verhelpen.
	Stoppen met roken	Naast vergoeding uit de aanvullende verzekering Start, Extra, Royaal of Excellent krijgt u 10% korting op een groepscursus bij Allen Carr of laserbehandeling bij ProStop Lasertherapie, Smokefree Lasertherapie en Lasercentra N.O. Nederland.
	Voeding	Voeding en afvallen
Voeding en afvallen kinderen		Naast vergoeding uit de aanvullende verzekering Start, Extra, Royaal of Excellent krijgt u 25% korting op de schriftelijke cursus, speciaal voor kinderen bij Happy Weight. Kinderen leren op een leuke manier wat gezond eten is.
Voeding en afvallen verstandelijk gehandicapten		Naast vergoeding uit de aanvullende verzekering Start, Extra, Royaal of Excellent krijgt u 25% korting op de schriftelijke cursus, speciaal voor verstandelijk gehandicapten bij Happy Weight. De cursus (Stippenplan) is een op maat samengesteld eetcontrole programma om gezond te leren eten en te bewegen.
Zwanger	Baby op komst	Naast vergoedingen uit de aanvullende verzekering voor een Kraampakket, Lactatiekundige zorg en Babymassage heeft u de volgende voordelen bij Baby op Komst: gratis 1 jaar een persoonlijk online dagboeklidmaatschap (normaal € 10,-); € 5,- korting op het drukken van het persoonlijke zwangerschapsdagboek; € 2,50 korting op het drukken van uw persoonlijke zwangerschapskalender; € 2,50 korting op een jaarabonnement voor het stellen van (online) vragen aan een deskundige; gratis nieuwsbrieven (t/m de leeftijd van 1 jaar van uw kindje). Op de website van Baby op komst vindt u veel betrouwbare en praktische informatie over de zwangerschap.
Leef gezond	health Check	40% korting op onze preventieve gezondheidstest (MBI, bloeddruk, cholesterol, glucose en longfunctie).
	gezondheidstest	20% korting op NIPED Preventiekompas. Uw gezondheid op alle belangrijke punten op een persoonlijke wijze in kaart gebracht.
Overige	Achmea Health Shop	Korting op het gehele assortiment aan gezondheidsproducten uit de internetwinkel 'Achmea health Shop'.
	Hulpmiddelen	20% korting bij aanschaf van hulpmiddelen (m.u.v. sta-op stoel) bij Vegro en Harting-Bank/Ligtvoet. € 650,- korting bij aanschaf van een sta-op stoel (keuze uit 5 stoelen) bij Vegro en Harting-Bank/Ligtvoet.

Zorgservices

Omschrijving

Achmea Alarmcentrale

24 uur per dag bereikbaar als u in het buitenland spoedeisende medische hulp nodig heeft. Uitgevoerd door EuroCross Assistance.

Vakantiedokter

Gratis advies bij niet spoedeisende medische vragen voor en/of tijdens vakantie.

Zorgbemiddeling en Zorggarantie

Voor goede en snelle zorg helpen wij u graag met het beste zorgadvies. Ook vinden wij een huisarts, tandarts of fysiotherapeut als u verhuist.

HOOFDSTUK 9				
OVERZICHT VERZEKERDE ZORG:	(KEUZE) ZORG PLAN	START	EXTRA	ROYAAL EN EXCELLENT
	Hoofdstuk 2	Hoofdstuk 2	Hoofdstuk 3	Hoofdstuk 4 en 5
	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:
Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie		1	1	1
AeroChamber		2	2	2
Alternatieve geneeswijzen therapieën en geneesmiddelen		3	3	3
Alternatieve geneeswijzen en therapieën		3.1	3.1	3.1
Alternatieve geneesmiddelen		3.2	3.2	3.2
Bevalling en verloskundige zorg	31			
Eigen bijdrage bevalling, verloskundige zorg		4	4	4
Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood		5	5	5
Bewakingsmonitor		5.1	5.1	5.1
Sensormatje		5.2	5.2	5.2
Bewegen in extra verwarmd water			6	6
Brillenglazen, contactlenzen of ooglaseren	7	7	6	7
Buitenlanddekking (Keuze) Zorg Plan hoofdstuk 1 artikel 18				
Buitenlanddekking		7	8	8
Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland		7.2	8.2	8.2
Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland		7.3	8.3	8.3
Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland		7.4	8.4	8.4
Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland		7.5	8.5	8.5
Circumcisie			9	9
Dieetadvisering	28			
Dieetadvisering/voedingsvoorlichting			10	10
Ergotherapie	26			
Farmaceutische zorg	24			
Eigen bijdrage (Bovenlimietprijs GVS)				12
Fysiotherapie en oefentherapie	25	8.1	12	13.1
Beweegprogramma's		8.2		13.2
Gasthuis		9	13	14
Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname		9.1	13.1	14.1
Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus		9.2	13.2	14.2
GeboorteTENS			14	15
Halskraag				16
Herstel en Balans		10	15	17
Herstellingsoorden				18
Huidverzorging			16	19
Huisartsenzorg	23			
Hulpmiddelen	29			
Hulpmiddelen (wettelijke eigen bijdrage)			17	20
Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)		11	18	21
Kraampakket		12	19	22
Kraamzorg	32			23
Eigen bijdrage kraamzorg				23.1
Uitgestelde kraamzorg			20	23.2
Lactatiekundige zorg			21	24
Leefstijltrainingen			22	25
Logopedie	27			
Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken			23	26
Melatonine			24	27
Obesitasbehandeling			25	28
Uitkering bij een ongeval				29
Orthodontie				30
Orthodontie tot en met 17 jaar		13	26	
Orthodontie tot en met 21 jaar				30.1
Orthodontie vanaf 22 jaar				30.2
Orthodontie in bijzondere gevallen	41			
Orthopedische geneeskunde		14	27	31

OVERZICHT VERZEKERDE ZORG:	KEUZE ZORG PLAN	START	EXTRA	ROYAAL EN EXCELLENT
	Hoofdstuk 2	Hoofdstuk 2	Hoofdstuk 3	Hoofdstuk 4
	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:
Overgangsconsulent			28	32
Patiëntenverenigingen				33
Pedicurezorg			29	34
Personenalarmering		15	30	35
Personenalarmering via de Achmea Alarmcentrale		15.1	30.1	35.1
Abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem		15.2	30.2	35.2
Plakstrips mammaprothese			31	36
Plaswekker			33	38
Podotherapie/podologie			34	39
Prenatale screening	30			
Preventieve cursussen		17	35	40
Preventieve geneeskunde		18	36	41
Preventieve onderzoeken				42
Psoriasisbehandeling (zie ook onderaan dit overzicht)		19	37	43
Sportarts		20	38	44
Sportmedisch onderzoek		21	39	45
Sterilisatie			40	46
Steunpessarium			41	47
Steunzolen			42	48
Stottertherapie		22	43	49
Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar		23	44	
Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 22 jaar	35			50
Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar – algemeen	36			
Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar – uitneembare volledige prothese	37			
Implantaten	38			
Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap	39			
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	40			
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 22 jaar				51
Therapeutische kampen			45	52
Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen			45.1	52.1
Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten			45.2	52.2
Thuisverpleging				53
Trans-therapie door neuromodulator (BioStim) en biofeedbackapparatuur (FemiScan)		24	46	54
Verpleging (extramuraal)	33			
Vakantiehôtels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken			47	55
Vervoer van zieken	34		48	56
Wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer	34			57
Ziekenhuiszorg en specialistische zorg:				
Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis	1			
Zelfstandig behandelcentrum	2			
Cosmetische/Plastische chirurgie	3	16	32	37
Plastische chirurgie (met medische indicatie)		16.1	32.1	37.1
Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)		16.2	32.2	37.2
Medische specialistische zorg (poliklinisch)	4			
Medisch specialistische zorg (extramuraal)	5			
Psychiatrische ziekenhuisopname	10			
Niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	11			
Overige Medische specialistische zorg:				
Second opinion	6			
Orgaantransplantaties	7			
Revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum	8			
Dyslexie	9			
Eerstelijnspsychologische zorg	12			
Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg			11	11
Persoonsgebonden budget geestelijke gezondheidszorg (PGB GGZ)	13			

OVERZICHT VERZEKERDE ZORG:	KEUZE ZORG PLAN	START	EXTRA	ROYAAL EN EXCELLENT
	Hoofdstuk 2	Hoofdstuk 2	Hoofdstuk 3	Hoofdstuk 4
	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:	Artikel Nummer:
Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	14			
IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende beh.	15			
Oncologieonderzoek bij kinderen	16			
Astma Centrum (Nederlands) te Davos, Zwitserland	17			
Mechanische beademing	18			
Trombosedienst	19			
Audiologisch centrum	20			
Erfelijkheidsonderzoek en –advisering	21			
Behandeling van psoriasis	22			

AANVULLENDE ZIEKENHUIS EXTRA VERZEKERING Verpleging in Nederland: Comfortverpleging of € 70,- per verpleegdag Verpleging in het buitenland: Klasseverpleging of € 70,- per verpleegdag	Hoofdstuk 6 sub B onder 1 en 2 sub C onder 1 en 2
AANVULLENDE VERZEKERINGEN TANDARTSKOSTEN T START, T EXTRA, T ROYAAL en T EXCELLENT	Hoofdstuk 7
SERVICEPAKKET: Verhaalsbijstand/Juridisch advies Achmea Alarmcentrale Wachttijdbemiddeling en zorggarantie Healthpakket (kortingen op voorzieningen)	Hoofdstuk 8 artikel 2 artikel 3, A artikel 3, B artikel 3, C

