Postbus 2705 • 6401 DE Heerlen • T 088 - 35 35 763
Postbus 2296 • 5600 CG Eindhoven • T 088 - 35 35 764
www.aevitae.com • info@aevitae.com

Polisvoorwaarden 2020 Aanvullende verzekeringen Tand Goed, Beter, Best

Inhoudsopgave

		pag.
I	**Algemeen gedeelte**	**2**
Artikel 1	Verzekerde zorg	2
Artikel 2	Algemene bepalingen	5
Artikel 3	Premie	6
Artikel 4	Overige verplichtingen	7
Artikel 5	Wijziging premie en voorwaarden	8
Artikel 6	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	8
Artikel 7	Klachten en geschillen	9
Artikel 8	Zorgadvies en bemiddeling	9
II	**Tand Goed Pakket, Tand Beter Pakket, Tand Best Pakket**	**10**
Artikel 57	Tandheelkundige zorg	10
Artikel 58	Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar	11
Artikel 59	Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	11
Artikel 60	Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval	11
III	**Begrippen**	**13**

AEV-20183 (A)

I Algemeen gedeelte

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u bij medisch noodzaak recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is sprake als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgverleners aan zorg 'plegen te bieden'.

1.2 Hier kunt u terecht

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Per zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

1.3 Vergoeding van de kosten van zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.3.1 Zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij aan de zorgverlener het afgesproken tarief.

1.3.2 Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de (voor u betreffende) zorg geen contract hebben? Dan moet u misschien de rekening of een deel van de rekening zelf betalen. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

1.3.3 Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

1.3.4 Budget

Krijgt u voor de betreffende zorg een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale budget dat in het betreffende zorgartikel staat.

1.4 Insturen van nota's

Veel zorgverleners sturen nota's rechtstreeks naar ons. Als u zelf een nota heeft ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling bij ons indienen. Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten zo zijn, dat wij direct uit de nota kunnen opmaken op welke vergoeding u volgens de toepasselijke voorwaarden recht heeft. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat u behandeld bent. Nota's moeten in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans zijn geschreven. Als wij het nodig vinden, dan vragen wij u om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij mogen wachten met betaling van de nota totdat u de betaling van de kosten heeft aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar Mijn Aevitae. Ook kunt u heel eenvoudig declareren via onze Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt.

1.5 Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6 Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden voor uw rekening. Dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U heeft soms onze toestemming nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt dan of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de voor u betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8 Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender) jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in twee kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie). Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.

1.9 Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die samenhangt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;.
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid de kosten in rekening brengt.

1.10 Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van deze aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag van de aanvullende verzekering

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

2.2 Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op Tand Goed, Tand Beter en Tand Best. In deze verzekeringsvoorwaarden te noemen: aanvullende verzekering.

2.3 Bijbehorende documenten

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

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Regeling zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Het Reglement gezichtshulpmiddelen
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4 Fraude

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

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

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in het Incidentenregister van de zorgverzekeraar laten registreren. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en wordt beheerd door de zorgverzekeraar.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger (laten) registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzigingenregister (IVR) en het externe verwijzingenregister (EVR).

De zorgverzekeraar kan van fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering en binnen Aevitae of de zorgverzekeraar lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen sluiten binnen Aevitae of de zorgverzekeraar.

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5 Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft.

Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

Geheimhouding van uw adres
Voor de uitvoering van uw verzekeringen mogen wij uw burgerservicenummer (BSN) en adres delen met bijvoorbeeld zorgverleners. Als u uw adres geheim wilt houden, dan kunt u dit aan ons melden. Wij geven uw adres dan niet door.

2.6 Mededelingen
Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u al onze mededelingen elektronisch wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn Omgeving.

2.7 Bedenkperiode
Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.8 Nederlands recht
Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Premie

3.1 Wie betaalt premie?
De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Voorbeeld: iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus. Vanaf 18 jaar is de hoogte van de premie afhankelijk van uw leeftijd. De hoogte van de premie vindt u per leeftijdsgroep in het overzicht met premies op onze website. Als u een leeftijdsgrens overschrijdt, passen wij de premie aan per de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin u een volgende leeftijdsgroep bereikt.
Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst
3.2.1. De premies en voorwaarden van de collectieve overeenkomst gelden vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.
3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden van de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3 Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten
3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
3.3.2. Voor betaling per acceptgiro brengen wij € 1,50 per acceptgiro in rekening.
3.3.3 U kunt ons toestemming verlenen voor automatische incasso voor de betaling van premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Voor het verlenen van toestemming voor automatische incasso van de premie enerzijds en van het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten anderzijds zijn twee aparte machtigingen benodigd.
3.3.4 Indien u Aevitae B.V. heeft gemachtigd eventuele eigen risico of andere bedragen via automatische incasso van uw rekening af te schrijven, ontvangt u (verzekeringnemer) van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen enkele dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren.

3.4 Verrekening
3.4.1 U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5 Niet-tijdig betalen
3.5.1 Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend

op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.5.2 Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening als u niet tijdig betaalt:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
- incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.

3.5.3 Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.4 Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.5.5 Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2 Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen of als uw premie wijzigt doordat u een nieuwe leeftijdsgroep bereikt (zie artikel 3.1.).

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1 Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de zorgverzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1 Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten. Voor het Tand Best Pakket moet u voor personen vanaf 8 jaar een tandheelkundige verklaring invullen.

6.2.2 Gezinsdekking

Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de hoogst verzekerde ouder/verzorger op de polis. Hiervan kan worden afgeweken als wij u of uw kind niet accepteren voor een Tand Best.

6.2.3 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2019 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2019. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).
Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering bij ons. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3 Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering leiden.
Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4 Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1 Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen. Voorwaarde is wel dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2 Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3 Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5 Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als u de verschuldigde bedragen niet op tijd betaald heeft, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben

gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.
In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7 Klachten en geschillen

7.1 Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

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

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8 Zorgadvies en bemiddeling

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

II Tand Goed, Tand Beter, Tand Best

Artikel 57 Tandheelkundige zorg

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor tandheelkundige zorg zoals hierna beschreven in artikel 57.1 en 57.2

Tand Goed Pakket	80% (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%) tot maximaal € 250 per kalenderjaar.
Tand Beter Pakket	80% (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%) tot maximaal € 500 per kalenderjaar.
Tand Best Pakket	80% (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%) tot maximaal € 1000 per kalenderjaar.

57.1 Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed
Bijvoorbeeld een (half)-jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje of het trekken van een kies.
Onder de vergoeding voor tandheelkundige zorg vallen de volgende (be)handelingen:
- consulten en diagnostiek (C-codes, behalve C84 (voorbereiding narcose));
- preventieve mondzorg (M-codes), de kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar;
- verdoving (A- en B-codes, behalve A20 (algehele narcose of sedatie));
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes, behalve E97 en E98 (uitwendig bleken));
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes);
- tandvleesbehandelingen (T-codes);
- kronen, bruggen en opbouw (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes).

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.
Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

57.2 Eigen bijdrage voor gebitsprothesen (kunstgebit)

Dit krijgt u vergoed
Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:
- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknopen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

Artikel 58 Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

Tand Goed Pakket	geen vergoeding
Tand Beter Pakket	maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Tand Best Pakket	maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Let op
Er wordt geen vergoeding verleend als de apparatuur gerepareerd moet worden na onzorgvuldig gebruik of in geval van verlies.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of orthodontist.

Artikel 59 Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed
Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

Tand Goed Pakket	geen vergoeding
Tand Beter Pakket	maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Tand Best Pakket	maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Let op
Er wordt geen vergoeding verleend als de apparatuur gerepareerd moet worden na onzorgvuldig gebruik of in geval van verlies.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of orthodontist.

Artikel 60 Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval

Dit krijgt u vergoed
De kosten voor onvoorziene tandheelkundige zorg door een tandarts, om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Tand Goed, Tand Beter of Tand Best. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval gebeurt. Tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Tand Goed Pakket	maximaal € 10.000 per ongeval
Tand Beter Pakket	maximaal € 10.000 per ongeval
Tand Best Pakket	maximaal € 10.000 per ongeval

Let op
U heeft geen recht op vergoeding van:
- kosten als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- kosten als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- kosten als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- kosten die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- kosten van een behandeling in het buitenland;
- kosten van orthodontische zorg.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Dit moet u zelf regelen
U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een ingevuld formulier ‘vragenformulier ongeval’, een behandelplan met kostenbegroting en röntgenfoto’s van de schade aan uw gebit zitten. Uw tandarts of kaakchirurg moet het behandelplan opstellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.

III Begrippen

Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen Tand Goed, Tand Beter enTand Best.

Arbocuratieve zorg: zorg die gericht is op genezing en behandeling van lichamelijke aandoeningen die te maken hebben met werk.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbtv.nl

BMI (Body Mass Index): je BMI laat zien of je gewicht gezond is in relatie tot je lengte.

Chiropractie: benadrukt de wisselwerking tussen het zenuwstelsel (hersenen, ruggenmerg en zenuwen) en het bewegingsapparaat en daarmee samenhangende klachten. In Nederland is chiropractor een vrij beroep.

Cogmed: de Cogmed Werkgeheugen Training is een wetenschappelijk bewezen methode die door het trainen van het werkgeheugen het concentratievermogen kan verbeteren. De training is voor kinderen en volwassenen met concentratieproblemen, ADD, ADHD, burn-out en niet aangeboren hersenletsel (NAH).

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

Complete bril: we noemen dit ook wel een volledige bril. Het is een enkelvoudige of multifocale bril. Afhankelijk van uw behoefte. De glazen zijn ontspiegeld en hebben een anti-kraslaag. U kunt kiezen uit een breed assortiment dat per opticien en aanvullende verzekering kan verschillen.

Craniosacraaltherapie: de Amerikaanse arts John E. Upledger heeft deze therapie in de jaren zeventig bedacht. Hij ging ervan uit dat veel ziektes ontstaan door een afwijking in het bindweefsel en door de wisselende druk in het hersenvocht die kan ontstaan door blokkades. Het is onduidelijk waarop dit precies gebaseerd is. Bij de behandeling manipuleert de therapeut vaak aan de hals en wervelkolom. Kranion betekent schedel, sacrum is het heiligbeen.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt, tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Dixhoorn, ontspannings- en ademhalingstherapie: de methode van Dixhoorn gaat uit van het behandelen van spanningsklachten. De ademhaling staat centraal.

Ergotherapeut: een ergotherapeut adviseert en traint mensen die moeilijkheden hebben met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Bijvoorbeeld omdat ze dement zijn of niet-aangeboren hersenletsel hebben.

Extracties: het trekken of verwijderen van een tand of kies.

Filterglazen: dit zijn speciale glazen met een filter. Zo heeft een zonnebril een UV-filter. Er bestaan ook hele speciale filterglazen voor medische toepassingen.

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

Geneesmiddelenvergoedingssyteem: hierin staan alle geregistreerde geneesmiddelen die zorgverzekeraars vanuit de zorgverzekering vergoeden.

Haptotherapie: leert je ontdekken wat je voelt. De haptotherapeut moet een hbo-opleiding hebben afgerond. Hij is een officiële zorgverlener die is aangesloten bij de beroepsvereniging VVH.

Hoorhulpmiddelen: dit zijn hulpmiddelen die u helpen als u slecht hoort. Denk aan een gehoorapparaat of een apparaat dat suizen vermindert.

Honorarium: salaris

Implantologie: tandheelkunde die tot doel heeft een of meerdere tanden te vervangen door tandimplantaten. Implantaten zijn kunstmatige wortels die in het bot geplaatst worden, deze worden na het plaatsen voorzien van bijvoorbeeld een kroon.

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

Lactatiekundige NVL: een lactatiekundige is een professioneel opgeleide borstvoedingsspecialist en geeft moeders deskundige hulp bij het geven van borstvoeding. De beroepsvereniging is de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL), zij bewaken de kwaliteit van het vak.

Levatorplastiek: bovenooglidcorrectie waarbij het hefspiertje van het bovenooglid strakker gemaakt wordt waardoor het beter zijn functie kan uitoefenen en het oog beter open gaat.

Lidmaatschap categorie 1: gekwalificeerde mindfulnesstrainers aangesloten bij de VMBN worden op basis van de specifieke opleiding en ervaring ingedeeld. Categorie 1 zegt iets over de kwaliteit en duur van de opleiding.

Mammaprothese: een uitwendig hulpmiddel dat de borst volledig of gedeeltelijk vervangt.

Mantelzorger: een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

Mesostructuur: een constructie, die zich tussen implantaten (of natuurlijke tanden en kiezen) en het kunstgebit bevindt. Deze structuur kan bestaan uit drukknoppen of magneten op implantaten of uit een staafconstructie waarmee de implantaten met elkaar verbonden zijn.
Mijn Omgeving: persoonlijke online omgeving om verzekeringsgegevens in te zien en te wijzigen.

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT): therapie die zich specifiek richt op het ontwikkelen van een andere houding tegenover problemen. Deze houding kenmerkt zich door nauwkeurig waarnemen, toelaten, niet-reageren en niet-oordelen waardoor er ruimte komt voor acceptatie.

Mindfulness Bases Stress Reduction (MBSR): een training in aandacht met als doel spanningsklachten te verminderen.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck: de oefentherapeut is specialist in het aanleren van gezond beweeggedrag. Gericht op het behandelen en voorkomen van klachten die kunnen ontstaan door een verkeerde houding en beweging tijdens dagelijkse activiteiten.

Ongeval: een onverwachte gebeurtenis die leidt tot schade en/of letsel.

Orthomanuele geneeskunde: geneeskunde die vooral gericht is op klachten die te maken hebben met bewegen en houding. De therapeut manipuleert de stand van bijvoorbeeld het bekken of de wervels. Zo kan hij de stand van deze botten 'aanpassen' en de klachten misschien verhelpen. Orho komt uit het Grieks en betekent recht. Manueel betekent: met de hand.

Osteopathie: is een alternatieve geneeswijze, die er van uitgaat dat een verminderde beweeglijkheid van weefsels en structuren in het lichaam een nadelige invloed op de gezondheid heeft. Met corrigerende handgrepen wordt de oorzaak van de klachten aangepakt.

Podotherapeut: behandelt mensen met voet-, rug- of knieklachten.

Polisblad: document waarop staat waarvoor en hoe je verzekerd bent.

Pretransplantatieonderzoek: onderzoek om te beoordelen of uw conditie goed genoeg is om een ingrijpende operatie als een transplantatie goed te doorstaan.

Schriftelijk: betekent in deze verzekeringsvoorwaarden op papier maar ook per e-mail.

Sedatie: verdoving

Termijnbetalingskorting: betalingskorting bij vooruit betalen.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg. Deze toestemming krijgt u van ons of namens ons. U moet de toestemming aanvragen voordat u die bepaalde zorg afneemt.

Torische lens: een lens met verschillende vlakken en zwaartes. Wanneer het hoornvlies niet perfect rond is, kan dit zorgen voor oogproblemen. Het zicht kan wazig worden, het onderscheiden van details kan lastig zijn en verticale lijnen lijken te kantelen. Torische lenzen corrigeren deze problemen.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wettelijke eigen bijdrage: u betaalt soms een deel van de zorg zelf, bijvoorbeeld bij een kunstgebit of hoortoestel. De overheid bepaalt hoe hoog de eigen bijdrage is en waarvoor u deze bijdrage betaalt.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekeraar, de: De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen aanbiedt. Op uw zorgpolis staat vermeld welke maatschappij dit betreft.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.