

Polisvoorwaarden 2022
AV Basis, AV Uitgebreid,
AV Totaal en AV Top



ævitæ

Postbus 2705 • 6401 DE Heerlen • T 088 - 35 35 763
www.aevitae.com • info@aevitae.com

Belangrijke informatie en service

Heeft u vragen of wilt u iets aan ons doorgeven? We helpen u graag!

Onze website

Op aevitae.com vindt u alle informatie over uw verzekering. U kunt er bijvoorbeeld de antwoorden vinden op veelgestelde vragen, uw premie berekenen, online declareren, zorgverleners vinden en alle vergoedingen van A tot Z bekijken en vergelijken.

Contact

U kunt ons bereiken per telefoon, per e-mail, per post of via social media. Op werkdagen is onze Service Desk bereikbaar van 08.30 tot 17.30 uur. Bel ons op 088 - 35 35 763. Kijk voor de actuele openingstijden op aevitae.com/service-contact. Tijdens de overstapweken in december hanteren wij ruimere openingstijden om u nog beter van dienst te zijn.

Voor vragen over uw zorgverzekering kunt u ons ook een bericht sturen via [Facebook](#) of [Twitter](#). Volg [@aevigram](#) op Instagram voor een kijkje achter de schermen bij Aevitae!

Nota's insturen

Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze digitaal declareren via Mijn Aevitae. U logt veilig en simpel in via iDIN. Om iDIN te kunnen gebruiken, moet u dit eerst eenmalig activeren. Meer informatie over inloggen via iDIN vindt u [hier](#). Ook kunt u via Mijn Aevitae gemakkelijk zelf uw persoonsgegevens aanpassen, zorgkosten inzien of uw pakketten wijzigen.

U kunt de nota ook via de post indienen. Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele nota naar onderstaand postadres. Het declaratieformulier is [hier](#) te vinden.

Postadres

Aevitae
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Bezoekadres

Aevitae
Nieuw Eyckholt 284
6419 DJ Heerlen



Toestemming nodig?

Wilt u weten voor welke zorg u vooraf onze toestemming nodig hebt? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. U stuurt de aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar het bovenstaande adres ter attentie van Medisch Advies.

Meer informatie over toestemming aanvragen vindt u op onze website. [Hier](#) kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

Klachten

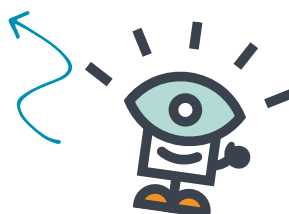
Wij proberen u, als klant van Aevitae, met alles zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dus bent u niet tevreden over een beslissing die wij hebben genomen over onze service of de service van één van uw zorgverleners? Dan horen wij dat graag. Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen op aevitae.com/klachten.

Zoek een zorgverlener

Zorgverleners hebben afspraken met zorgverzekeraars. Wij noemen dat 'gecontracteerde zorgverleners'. Er zijn contracten met hen afgesloten waarin bijvoorbeeld afspraken zijn gemaakt over de kwaliteit van zorg. In de zorgzoeker vindt u de zorgverleners waarmee afspraken zijn gemaakt. Onze zorgzoeker vindt u [hier](#).

Aevitaal

Gezondheid en vitaliteit vinden wij erg belangrijk. Wij helpen u daarom graag om gezond en fit te blijven. Op Aevitaal vindt u informatie over gezondheid, vitaliteit, inzetbaarheid en weerbaarheid. Heeft u klachten, slaapt u slecht, wilt u gezonder leven of uw inzetbaarheid vergroten? Ga naar [Aevitaal](#) en meld u direct aan!



Inhoudsopgave

	pag.
I	
Begripsomschrijvingen	4
II	
Algemene voorwaarden	9
Vergoedingen	16
Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen	16
Artikel 2 Therapieën	17
Artikel 3 Hulpmiddelen	20
Artikel 4 Plastische chirurgie	22
Artikel 5 Buitenland	23
Artikel 6 Kuurreizen	25
Artikel 7 Preventie	26
Artikel 8 Bevalling/kraamzorg	27
Artikel 9 Diversen	28

I Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering(en)

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Aevitae

De gevolmachtigd agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts dan wel een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Arts

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

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Basisverzekering/Zorgverzekering

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

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor Bijzondere Tandheekkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Collectieve overeenkomst

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

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

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

Instelling

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oefentherapeut

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

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

Polisblad

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

Preferente geneesmiddelen

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

Psychiater/zenuwarts

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

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

Seksuologisch hulpverlener

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

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

Sportkeuring

Dit betreft door de sportbond verplicht gestelde sportkeuringen voor beoefening van de betreffende sport of door de opleiding verplichte sportkeuring voor toelating tot (sport)opleiding.

Sportmedisch onderzoek

Verrichten van een (algemene en sportspecifieke) anamnese, lichamelijk onderzoek en (sportspecifiek/aanvullend) onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat, het cardiovasculair systeem en de longen om een gericht en verantwoord beweeg- en sportadvies aan (beginnende) sporters te kunnen geven. Er ligt geen zorgvraag aan ten grondslag.

Tandarts

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

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Toestemming (machtiging)

Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ons of verzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U/uw

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

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

Verzekeraar

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Aevitae.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

Zorghotel

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

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

II Algemene voorwaarden

Welkom bij Aevitae

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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

1.2 Medische noodzaak

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

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

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

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

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

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

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

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

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

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

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

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

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

1.6 Rechtstreekse betaling

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

1.7 Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden.

Als een verwijzing of voorschrift nodig is, dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts. Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf voorafgaand aan de zorg bij ons toestemming aanvragen.

1.9 Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnosebehandelcombinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10 Uitsluitingen

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

- 1.10.1 die verband houdt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan Aevitae. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 1.10.2 van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 1.10.3 die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 1.10.4 die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 1.10.5 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), indien de verzekerde voor deze wet verzekerd is;

- 1.10.6 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening indien de verzekering bij Aevitae niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 1.10.7 waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet bent;
- 1.10.8 veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie;
- 1.10.9 veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- 1.10.10 of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae.
- 1.11 Recht op (vergoeding van de kosten van) zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen**
Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

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

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag van de verzekering

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

2.2 Aanvullende verzekering

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

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

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

2.3 Bijbehorende documenten

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

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

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

2.4 Fraude

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

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

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

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

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

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

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

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5 Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg) verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerdenadministratie.

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controle en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en ons privacy statement. U vindt ons privacy statement op onze website.

Wij zijn verplicht uw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

2.6 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres worden geacht u te hebben bereikt. Wij hanteren altijd het in de Gemeentelijke Basisadministratie geregistreerde adres.

2.7 Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van veertien dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen veertien dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen veertien dagen nadat u de zorgpolis hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.8 Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Betalingen

3.1 Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1 De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2 Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

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

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

3.3.2 Voor betaling per acceptgiro 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

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

3.5 Niet-tijdig betalen

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

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

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

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

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

3.5.6 Als wij de aanvullende verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van

handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;

- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dit zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, verhuizing, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde dragen wij geen enkel risico.

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

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

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

5.2 Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u de verzekeringsovereenkomst tot één maand nadat de wijziging aan u is medegedeeld opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

6.1 Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, dan geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 Acceptatie voor de aanvullende verzekering

6.2.1 Zorgverzekering

U kunt de aanvullende verzekering sluiten als aanvulling op uw basisverzekering bij ons. Voor de aanvullende verzekering kan een medische selectie van toepassing zijn. Bovendien kan er een leeftijdsgrens van toepassing zijn. Een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering kan van toepassing zijn bij onderstaande omstandigheden:

- U heeft voor hetzelfde verzekeringsjaar geen basisverzekering bij ons gesloten en/of;
- De verzekeraar van uw aanvullende verzekering is een ander dan de verzekeraar van uw basisverzekering bij ons.

6.2.2 Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan, kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar kunnen niet uitgebreider verzekerd zijn dan de hoogst verzekerde volwassene op de overeenkomst.

6.2.3 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. is van toepassing. De verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3 Einde van rechtswege

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

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of

over andere feiten en omstandigheden met betrekking tot de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

Als de aanvullende verzekering eindigt omdat wij stoppen met het aanbieden van deze aanvullende verzekering, stellen wij u als verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voordat de aanvullende verzekering eindigt, hiervan op de hoogte.

6.4 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1 Jaarlijks

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

6.4.2 Tussentijds

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering die u bij ons heeft afgesloten.

6.4.3 U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzeggingservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

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

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

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledig of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7 Klachten en geschillen

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

7.1.1 U kunt er van 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 uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

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

7.2 Klachten over onze formulieren

7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com.

7.2.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

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

Vergoedingen

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen

1.1 Consulten en behandelingen

Wij vergoeden de kosten voor consulten en behandelingen van:

- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;

Voorwaarden:

De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De Aevitae Lijst Alternatieve beroepsgroepen staat op www.aevitae.com/zorgverzekeringen onder Documenten & formulieren bij (Niet) Gecontracteerde zorg.

Vergoeding:

- AV Basis maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar met een maximum van € 50 per behandeling
- AV Uitgebreid maximaal € 400,- per persoon per kalenderjaar met een maximum van € 50 per behandeling
- AV Totaal maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar
- AV Top maximaal € 600,- per persoon per kalenderjaar

1.2 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van de door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden:

- De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de eigen huisarts, een arts die is ingeschreven bij de Vereniging voor Homeopathische Artsen in Nederland (V.H.A.N.), een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Ze moeten geleverd zijn door een apotheek, door de eigen apotheekhoudende huisarts, door een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of door een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Bij de nota moet (een kopie van) het voorschrift worden gevoegd.
- Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor uitwendig gebruik (zoals smeersels, neus- oor- en oogdruppels, sprays) worden niet vergoed.

Vergoeding:

- AV Basis 100% van de kosten van de door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid 100% van de kosten van de door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar
- AV Totaal 100% van de kosten van de door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar
- AV Top 100% van de kosten van de door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Artikel 2 Therapieën

2.1 Acnébehandeling

Vergoeding van acnebehandelingen.

Voorwaarden:

- De behandelingen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

Vergoeding:

- AV Basis 100% tot maximaal € 115,00 per kalenderjaar
- AV Uitgebreid 100% tot maximaal € 230,00 per kalenderjaar
- AV Totaal maximaal 100% tot maximaal € 500,00 per kalenderjaar
- AV Top maximaal 100% tot maximaal € 500,00 per kalenderjaar

2.2 Camouflagetherapie

Vergoeding voor lessen en producten.

Voorwaarden:

- De lessen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

Vergoeding:

- AV Basis 100% van de lessen en de te gebruiken producten, tot een maximum van € 115,00 per kalenderjaar voor de lessen en producten samen
- AV Uitgebreid 100% van de lessen en de te gebruiken producten, tot een maximum van € 230,00 per kalenderjaar voor de lessen en producten samen
- AV Totaal 100% van de lessen en de te gebruiken producten, tot een maximum van € 500,00 per kalenderjaar voor de lessen en producten samen
- AV Top 100% van de lessen en de te gebruiken producten, tot een maximum van € 500,00 per kalenderjaar voor de lessen en producten samen

2.3 Sexuologie

Vergoeding voor consulten.

Voorwaarden:

- Onder deze behandelingen vallen ook relatie- en partnertherapie.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts.
- Behandelingen sexuologie dienen uitgevoerd te zijn door een seksuoloog die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Sexuologie (N.V.V.S.).

Vergoeding:

- AV Basis maximaal €75,00 per behandeling tot een maximum van €300,00 per kalenderjaar
- AV Uitgebreid maximaal €75,00 per behandeling tot een maximum van €300,00 per kalenderjaar
- AV Totaal maximaal €75,00 per behandeling tot een maximum van €300,00 per kalenderjaar
- AV Top maximaal €75,00 per behandeling tot een maximum van €300,00 per kalenderjaar

2.4 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck

Zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, waarbij inbegrepen oedeemtherapie.

Door:

(Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut, die beschikt over een diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie van de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool Eindhoven.

Bijzonderheden:

- 1 Er is een verwijzing nodig door de (huis)arts behalve als de behandeling volgt op een Consult Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) bij een fysiotherapeut die daarvoor een overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten;
- 2 Voor behandelingen op grond van een chronische medische indicatie is voorafgaande schriftelijke toestemming (machtiging) van ons vereist;
- 3 De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen ten laste van de basisverzekering;

4 Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.aevitae.com of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 088 - 35 35 763.

Voorwaarde:

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Vergoeding:

- AV Basis Ten hoogste € 300,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid Ten hoogste € 700,- per kalenderjaar
- AV Totaal Ten hoogste € 1000,- per kalenderjaar
- AV Top Ten hoogste € 1250,- per kalenderjaar

2.5 Lichtlamp

Vergoeding voor de aanschaf van een lichtlamp.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden met ernstige licht-dermatose.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de specialist te zijn, die de begeleiding geeft bij de lichttherapie, waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie is voor het gebruik van een licht-lamp.

Vergoeding:

- AV Basis: De aanschaf van een lichtlamp tot maximaal € 175,- eenmalig
- AV Uitgebreid: De aanschaf van een lichtlamp tot maximaal € 175,- eenmalig
- AV Totaal: De aanschaf van een lichtlamp tot maximaal € 175,- eenmalig
- AV Top: De aanschaf van een lichtlamp tot maximaal € 175,- eenmalig

2.6 Iontoforese-apparaat (overmatig zweten)

Vergoeding voor de aanschaf van een iontoforese-apparaat.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden met een overmatige zweetproductie.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor het gebruik van een iontoforese-apparaat aanwezig is. Bovendien dient uit de verwijzing te blijken dat de proefbehandelingen bij de verzekerde aantoonbare resultaten heeft opgeleverd.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid voor de aanschaf van een iontoforese-apparaat tot maximaal € 360,- eenmalig
- AV Totaal voor de aanschaf van een iontoforese-apparaat tot maximaal € 360,- eenmalig
- AV Top voor de aanschaf van een iontoforese-apparaat tot maximaal € 360,- eenmalig

2.7 Ontharen

Vergoeding voor elektrische epilatie, behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur.

Voorwaarden:

- De vergoeding is ongeacht de techniek van het ontharen.
- De vergoeding is voor verzekerden met ernstige haargroei in het gelaat.
- De behandelserie kan maximaal twaalf maanden duren.

Elektrische epilatie:

- Elektrische epilatie dient gegeven te worden door een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen, door een huidtherapeut, of een instelling.

Behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur:

- Behandelingen met een laser of lichtflitsapparaat dienen gegeven te worden door een huidtherapeut die lid is van

de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), of een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen en het diploma ontharen door middel van laser- of lichtflittherapie, of een medisch specialist.

Vergoeding:

- AV Basis: 100% tot maximaal € 200,- eenmalig
- AV Uitgebreid: 100% tot maximaal € 350,- eenmalig
- AV Totaal: 100% tot maximaal € 500,- eenmalig
- AV Top: 100% tot maximaal € 500,- eenmalig

2.8 Overgangsconsulente

Vergoeding van de kosten van consulten.

Voorwaarde:

De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigd overgangsconsulente die is aangesloten bij de vereniging Care for Women of bij de overgangspraktijk Women's Life.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid 100% van de kosten van consulten tot maximaal € 150,- eenmalig
- AV Totaal 100% van de kosten van consulten tot maximaal € 250,- eenmalig
- AV Top 100% van de kosten van consulten tot maximaal € 250,- eenmalig

2.9 Voetbehandelingen

Vergoeding van de kosten voor consulten.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend medisch specialist of eigen huisarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor podotherapie aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn door een podotherapeut die erkend is door de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten, door een podoloog die bij het Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie is geregistreerd als Register-Podoloog of een pedicure die is opgenomen in het register van ProCERT met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet'.

Vergoeding:

- AV Basis 100% van de kosten voor consulten tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid 100% van de kosten voor consulten tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar
- AV Totaal 100% van de kosten voor consulten tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar
- AV Top 100% van de kosten voor consulten tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar

2.10 Therapeutisch kamp

Vergoeding bijdrage in de verblijfskosten.

Voorwaarde:

- De vergoeding is voor verzekerden tot en met 17 jaar met astma, diabetes, kanker, psoriasis, reumatoïde artritis of cystic fibrose.

Vergoeding:

- AV Basis 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 100,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 100,- per kalenderjaar
- AV Totaal 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar
- AV Top 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar

2.11 Therapeutisch zwemmen

Vergoeding voor therapeutisch zwemmen.

Voorwaarden:

- De verzekerde met reumatoïde artritis, fibromyalgie, Bechterew of hartproblemen moet lid zijn van een plaatselijke of regionale vereniging voor reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.

- Er dient sprake te zijn van therapeutisch zwemmen in groepsverband.
- Het therapeutisch zwemmen moet georganiseerd zijn door een plaatselijke of regionale vereniging van reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding.
- AV Uitgebreid 100% tot een maximum van €95,- per kalenderjaar
- AV Totaal 100% tot een maximum van €125,- per kalenderjaar
- AV Top 100% tot een maximum van €125,- per kalenderjaar

Artikel 3 Hulpmiddelen

3.1 Bekkenbandages

Vergoeding voor de aanschafkosten van bekkenbandages.

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een behandeling wegens een bekkenpijnsyndroom (bekkeninstabiliteit) tijdens en/of aansluitend aan de zwangerschap.
- Er dient een schriftelijk advies te worden overgelegd van een gecertificeerd therapeut waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten voor behandeling van verzekerden met bekkenpijnsyndroom.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid 100% van de aanschafkosten tot maximaal €25,- per zwangerschap
- AV Totaal 100% van de aanschafkosten tot maximaal €50,- per zwangerschap
- AV Top 100% van de aanschafkosten tot maximaal €50,- per zwangerschap

3.2 Brillenglazen en contactlenzen

Vergoeding voor brillenglazen of lenzen.

Voorwaarden:

- De vergoedingsperiode begint in het kalenderjaar waarin u de bril/contactlenzen ontvangt.
- Indien binnen de gestelde vergoedingsperiode de sterkte van de brillenglazen of lenzen door een operatie een grotewijziging teweeg heeft gebracht, kan bovenvermelde vergoeding tussentijds worden toegekend.

Vergoeding:

- AV Basis Maximaal €25,- per drie kalenderjaren voor brillenglazen of lenzen
- AV Uitgebreid Maximaal €150,- per drie kalenderjaren voor brillenglazen of lenzen
- AV Totaal Maximaal €200,- per twee kalenderjaren voor brillenglazen of lenzen
- AV Top 100% van de kosten voor brillenglazen en lenzen tot maximaal €400,- per kalenderjaar

3.3 Gebitsprothesen

Vergoeding van de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor een volledige onder-en/bovenprothese.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak zijn op een gebitsprothese uit de basisverzekering.
- De kosten met betrekking tot luxe voorzieningen en extra infrastructuur blijven voor eigen rekening.
- De behandeling dient te geschieden door een in Nederland gevestigde tandarts-algemeen practicus die is ingeschreven als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG of een tandprotheticus die staat ingeschreven in het register van tandprotheticici.
- Indien het een reparatie van een gebitsprothese betreft, mag de reparatie ook worden uitgevoerd door een tandtechnicus. De tandtechnicus dient de Instituut Vakopleiding Tandtechniek (IVT) of ROC ASA SBBO succesvol te hebben afgerond. Vergoeding vindt plaats conform de landelijk vastgestelde techniekkosten voor tandtechnici.

Vergoeding:

- AV Basis 100% van de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor een volledige onder- en/of bovenprothese
- AV Uitgebreid 100% van de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor een volledige onder- en/of bovenprothese
- AV Totaal 100% van de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor een volledige onder- en/of bovenprothese
- AV Top 100% van de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor een volledige onder- en/of bovenprothese

3.4 Inhalator voorzetstukken (zoals aerochamber, neбуhaler)

Vergoeding voor aerochamber en neбуhaler.

Voorwaarden:

- Het inhalator voorzetstuk moet voorgeschreven zijn door de huisarts of specialist.
- Het moet geleverd zijn door een apotheek of door de eigen apotheekhoudend huisarts.

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid 100% tot een maximum van €28,50 per kalenderjaar
- AV Totaal 100% tot een maximum van €28,50 per kalenderjaar
- AV Top 100% tot een maximum van €28,50 per kalenderjaar

3.5 Plaswekkers

Vergoeding voor plaswekker in eigendom of huur van een plaswekker.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden van 5 jaar en ouder.
- De plaswekker wordt aangeschaft of gehuurd bij een gecontracteerd leverancier.

Vergoeding:

- AV Basis: Een plaswekker in eigendom, of de kosten tot maximaal €85,- voor de huur van een plaswekker voor een periode van maximaal 2,5 maand, eenmalig
- AV Uitgebreid: Een plaswekker in eigendom, of de kosten tot maximaal €85,- voor de huur van een plaswekker voor een periode van maximaal 2,5 maand, eenmalig
- AV Totaal: Een plaswekker in eigendom, of de kosten tot maximaal €85,- voor de huur van een plaswekker voor een periode van maximaal 2,5 maand, eenmalig
- AV Top: Een plaswekker in eigendom, of de kosten tot maximaal €85,- voor de huur van een plaswekker voor een periode van maximaal 2,5 maand, eenmalig

3.6 Pruiken

Vergoeding voor een pruik vanuit uw basisverzekering is gemaximeerd. Het verschil tussen de aanschafprijs en de maximale vergoeding is uw eigen bijdrage. Uw aanvullende verzekering geeft een vergoeding van die eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak zijn op verstrekking van een pruik uit de basisverzekering.

Vergoeding:

- AV Basis maximaal €140,- voor de eigen bijdrage
- AV Uitgebreid maximaal €280,- voor de eigen bijdrage
- AV Totaal maximaal €560,- voor de eigen bijdrage
- AV Top maximaal €560,- voor de eigen bijdrage

3.7 Steunpessaria

Vergoeding voor steunpessarium.

Voorwaarde:

- Het steunpessarium moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Vergoeding:

- AV Basis de kosten van één steunpessarium per kalenderjaar
- AV Uitgebreid de kosten van één steunpessarium per kalenderjaar
- AV Totaal de kosten van één steunpessarium per kalenderjaar
- AV Top de kosten van één steunpessarium per kalenderjaar

3.8 Steunzolen

Vergoeding voor steunzolen.

Voorwaarde:

- De steunzolen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

- AV Basis de kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 35,-
- AV Uitgebreid de kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 70,-
- AV Totaal de kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 100,-
- AV Top de kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 100,-

3.9 Verpleegartikelen

Vergoeding voor de huur van verpleegartikelen.

Voorwaarden:

- Voor vergoeding van de huurkosten komen in aanmerking: een elektrische borstkolf, een babyweegschaal, een lichtapparaat (Bright Light), een hometrainer en een teletrimmer.
- Er mag geen aanspraak bestaan op vergoeding of gratis gebruik op grond van (wettelijke) regelingen.
- De verpleegartikelen moeten gehuurd zijn van een thuiszorgorganisatie.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid 100% van de huur tot maximaal € 70,- per kalenderjaar
- AV Totaal 100% van de huur tot maximaal € 100,- per kalenderjaar
- AV Top 100% van de huur tot maximaal € 100,- per kalenderjaar

Artikel 4 Plastische chirurgie

4.1 Correcties oorstand

Vergoeding:

Vergoeding voor eenmalige behandeling indien uitgevoerd door een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum die een overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten.

Voorwaarde:

- De vergoeding is voor verzekerden t/m 12 jaar.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend medisch specialist te zijn.
- Voorafgaand aan de behandeling moeten wij schriftelijk toestemming hebben verleend.
- De behandeling dient uitgevoerd te worden door een medisch specialist.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid geen vergoeding
- AV Totaal 100% van de kosten indien er een overeenkomst is afgesloten. Als de zorgverlener geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding € 1.000,- eenmalig
- AV Top 100% van de kosten indien er een overeenkomst is afgesloten. Als de zorgverlener geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding € 1.000,- eenmalig

Artikel 5 Buitenland

5.1 Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Vergoeding voor geneeskundige kosten in het buitenland.

Voorwaarden:

- De verzekerde moet voor de dekking van geneeskundige hulp een basisverzekering hebben afgesloten.
- Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan twaalf maanden duren.
- De hulp moet een spoedeisend karakter hebben. De verzekerde mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgaanbieder. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat de verzekerde een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp.
- Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijd- en gevaarlijke sporten.
- Niet vergoed worden kosten die veroorzaakt zijn door omstandigheden in verband waarmee een negatief reisadvies is gegeven.
- Bij ziekenhuisopname en voor de organisatie van de hulpverlening moet onmiddellijk de hulp zijn ingeroepen van de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vindt u op de achterkant van uw zorgpas.
- Indien u medische kosten voor spoedeisende hulp in het buitenland declareert, dient u het schadeformulier medische

kosten buitenland in te vullen en te ondertekenen.

- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.

Vergoeding:

- AV Basis:(Europa-dekking) De kosten worden alleen vergoed als ze gemaakt zijn tijdens een verblijf in het buitenland in Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren

Geneeskundige kosten:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Kosten hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer.
 - vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de Alarmcentrale.
 - bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld.
 - het overbrengen van berichten door de Alarmcentrale.
 - het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen.
 - de kosten van telefoon etc. om contact op te nemen met de Alarmcentrale.
- AV Uitgebreid:(werelddekking) Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren:
 - geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist.
 - ziekenhuisverpleging in de laagste klasse.
 - tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
 - genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland.
 - medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Geneeskundige kosten overige landen:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 100% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland tot maximaal 100% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis tot maximaal 100% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Kosten hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer.
 - vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de Alarmcentrale.
 - bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld.
 - het overbrengen van berichten door de Alarmcentrale.
 - het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen.
 - de kosten van telefoon om contact op te nemen met de Alarmcentrale.
- AV Totaal:(werelddekking) Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren:
 - geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist.
 - ziekenhuisverpleging in de laagste klasse.
 - tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
 - genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland.
 - medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Geneeskundige kosten overige landen:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 300% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 300% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfslan tot maximaal 300% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis tot maximaal 300% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Kosten hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer.
- vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de Alarmcentrale.
- bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld.
- het overbrengen van berichten door de Alarmcentrale.
- het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen.
- de kosten van telefoon om contact op te nemen met de Alarmcentrale.

- AV Top:(werelddekking) Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfslan.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Geneeskundige kosten overige landen:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 300% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 300% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfslan tot maximaal 300% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis tot maximaal 300% van de Nederlandse tarieven in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Kosten hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer.
- vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de Alarmcentrale.
- bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld.
- het overbrengen van berichten door de Alarmcentrale.
- het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen.
- de kosten van telefoon om contact op te nemen met de Alarmcentrale.

5.2 Preventie buitenlandse vakantiereizen

Vergoeding voor vaccins en de te gebruiken medicijnen.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven voor het toedienen van de geadviseerde vaccins (consult arts), de vaccins en de te gebruiken medicijnen.
- De vaccinaties moeten gedaan zijn door een medisch specialist, GGD-arts of (huis)arts.
- De medicijnen moeten voorgeschreven zijn door een arts.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid 100% tot maximaal € 75,- per kalenderjaar
- AV Totaal 100% van de kosten
- AV Top 100% van de kosten

Artikel 6 Kuurreizen

6.1 Kuurreis Dode Zee te Israel

Vergoeding voor kuurreis Dode zee te Isreal.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde lijdt aan ernstig chronisch eczeem over het hele lichaam en dat alleen van de kuurreis redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Vergoeding:

- AV Basis: maximaal € 750,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid: maximaal € 750,- per kalenderjaar
- AV Totaal: maximaal € 1000,- per kalenderjaar
- AV Top: maximaal € 1000,- per kalenderjaar.

6.2 Buitenlandse kuurreis reumatoïde arthritis- en Bechterewpatiënten

Vergoeding voor kuurreizen reumatoïde arthritis- en Bechterewpatiënten.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van een arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde chronische reumatoïde arthritis of Bechterew heeft en daardoor in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Vergoeding:

- AV Basis: maximaal € 750,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid: maximaal € 750,- per kalenderjaar
- AV Totaal: maximaal € 1000,- per kalenderjaar
- AV Top: maximaal € 1000,- per kalenderjaar

6.3 Kuren te Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen

Vergoeding voor verzekerde met psoriasis, chronische reumatoïde arthritis of Bechterew.

Voorwaarden:

- Bij psoriasis dient er een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat alleen van een kuurbehandeling in Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Bij chronische reumatoïde arthritis en Bechterew dient er een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde als gevolg van zijn ziekte in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren. Voorafgaand aan het kuren dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Vergoeding:

- AV Basis: maximaal €500,- per kalenderjaar.
- AV Uitgebreid: maximaal €500,- per kalenderjaar.
- AV Totaal: maximaal €750,- per kalenderjaar.
- AV Top: maximaal €750,- per kalenderjaar.

Artikel 7 Preventie

7.1 Preventief onderzoek

Integrale gezondheidstest waarbij vastgesteld wordt: cholesterol en bloedvetten, glucose, buikomtrek, BMI, vetpercentage, longinhoud en bloeddruk, gevolgd door advisering.

Voorwaarden:

- De nota dient gespecificeerd te zijn.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid maximaal € 25,- per kalenderjaar
- AV Totaal maximaal € 50,- per kalenderjaar
- AV Top maximaal € 50,- per kalenderjaar

7.2 Cursussen

Vergoeding voor preventieve cursussen.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond.
- De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie, thuiszorgorganisatie of door de Reuma Patientebond. Uw eigen thuiszorg- of kruisorganisatie geeft kortingen op de cursussen. De hoogte daarvan kan verschillen.

Vergoeding:

- AV Basis maximaal € 46,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid maximaal € 46,- per kalenderjaar
- AV Totaal maximaal € 75,- per kalenderjaar
- AV Top maximaal € 50,- per kalenderjaar

7.3 Stoppen met roken

Vergoeding voor de cursus Stoppen met roken georganiseerd door de thuiszorgorganisatie, voor de cursus volgens Allen Carr of via de stichting Make it Easy of voor de laserbehandeling door een lid aangesloten bij de organisatie Prostop of bij de organisatie Lasercentra N.O. Nederland.

Voorwaarde:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus of laserbehandeling is afgerond.

Vergoeding:

- AV Basis maximaal € 100,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid maximaal € 100,- per kalenderjaar
- AV Totaal maximaal € 150,- per kalenderjaar
- AV Top maximaal € 150,- per kalenderjaar

7.4 Sportmedisch onderzoek

Vergoeding van kosten van sportmedisch onderzoek en sportkeuringen, in een sportmedische instelling.

Voorwaarden:

- De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de Federatie Sport Medische Instellingen.
- Er ligt geen zorgvraag aan ten grondslag.

Vergoeding:

- AV Basis 100% tot een maximum van € 50,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid 100% tot een maximum van € 100,- per kalenderjaar
- AV Totaal 100% tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar
- AV Top 100% tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar

7.5 Voeding- en dieetadviesing

Uw basisverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor voeding- en dieetadviesing. Deze is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op onderstaande vergoedingen.

Voorwaarden:

- Er is een verwijzing nodig van de behandelend (huis)arts.
- De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht meer bestaat op behandelingen ten laste van de basisverzekering.
- Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt dat er sprake dient te zijn van een indicatie met het niveau 3 of 4 (bv. diabetes, CVA, voedselallergie) conform de indicatielijst van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- Voor verzekerden tot en met 17 jaar geldt voorgaande voorwaarde niet.
- De dieetadviesing moet gegeven zijn door een instelling of vrijgevestigd diëtist waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

- AV Basis: geen vergoeding
- AV Uitgebreid: 100% van de kosten tot maximaal 2 uur voeding- en dieetadviesing per kalenderjaar
- AV Totaal: 100% van de kosten tot maximaal 3 uur voeding- en dieetadviesing per kalenderjaar
- AV Top: 100% van de kosten tot maximaal 10 uur voeding- en dieetadviesing per kalenderjaar

Artikel 8 Bevallings/kraamzorg

8.1 Kraampakket/bevallingspakket

Vergoeding: een door de Zorgverzekeraar, in overleg met verloskundigen, samengesteld kraampakket. Alleen zwangere verzekerden kunnen aanspraak maken op deze vergoeding.

Voorwaarde:

De aanmelding voor kraamzorg en kraampakket dient uiterlijk 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden via onze website.

Vergoeding:

- AV Basis: ja
- AV Uitgebreid: ja
- AV Totaal: ja
- AV Top: ja

8.2 Geboorte-uitkering

Vergoeding bij geboorte kind.

Voorwaarde:

- Er bestaat alleen recht op de uitkering als het kind binnen zestig dagen na de geboorte bij ons als verzekerde wordt aangemeld.

Vergoeding:

- AV Basis: € 35,- per kind
- AV Uitgebreid: € 70,- per kind
- AV Totaal: € 100,- per kind
- AV Top: € 100,- per kind

8.3 Kraamzorg

Uw basisverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor kraamzorg. Dit is echter niet onbeperkt.

Vergoeding

- AV Basis: Maximaal negen uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van zeven dagen of meer aansluitend op de bevalling. Couveuse nazorg: Geen vergoeding.
- AV Uitgebreid: Maximaal negen uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van zeven dagen of meer aansluitend op de bevalling. Couveuse nazorg: Maximaal zes uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, na de 10e dag na de bevalling, als een kind binnen acht dagen na het verlaten van de couveuse uit het ziekenhuis wordt ontslagen.
- AV Totaal: Maximaal negen uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van zeven dagen of meer aansluitend op de bevalling. Couveuse nazorg: Maximaal zes uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, na de 10e dag na de bevalling, als een kind binnen acht dagen na het verlaten van de couveuse uit het ziekenhuis wordt ontslagen.
- AV Top: Maximaal twaalf uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van zeven dagen of meer aansluitend op de bevalling. Couveuse nazorg: Maximaal twaalf uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, na de 10e dag na de bevalling, als een kind binnen acht dagen na het verlaten van de couveuse uit het ziekenhuis wordt ontslagen.

8.4 Kraamzorg, eigen bijdrage

Vergoeding wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak op kraamzorg bestaan uit de basisverzekering.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid 100% van de wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 175,-
- AV Totaal 100% van de wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 250,-
- AV Top 100% van de wettelijke eigen bijdrage

8.5 Poliklinische bevalling

Vergoeding wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- Er dient sprake te zijn van een poliklinische bevalling op niet medische indicatie.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid 50% van de wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling
- AV Totaal 100% van de wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling
- AV Top 100% van de wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling

Artikel 9 Diversen

9.1 Anticonceptiemiddelen

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. De vergoeding is volgens de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Vergoeding:

- AV Basis 100%
- AV Uitgebreid 100%
- AV Totaal 100%
- AV Top 100%

9.2 Medicijnen

Voor sommige geneesmiddelen waar u op grond van uw basisverzekering aanspraak op kunt maken, bent u een eigen bijdrage verschuldigd. Vergoeding voor eigen bijdrage medicijnen..

Voorwaarde:

- Er dient aanspraak te bestaan op verstrekking van het geneesmiddel ten laste van de basisverzekering.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid geen vergoeding
- AV Totaal geen vergoeding
- AV Top maximaal € 250,- per kalenderjaar

9.3 Comfort dekking

Bijdrage bij langerdurend verblijf in een ziekenhuis.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven als een bijdrage in de kosten voor extra luxe en comfort rond het ziekenhuisbed.
Voorbeelden: kosten telefoon, televisie, internet/multimedia, krantbezorging, gebruik eigen koelkast, extra kosten luxere maaltijden, mee-eten door partner/kind(eren), consumpties bezoekers.
- De vergoeding geldt ingaande de zevende dag van een aaneengesloten opname in een ziekenhuis.
- De vergoeding vindt achteraf plaats na indiening van een declaratieformulier samen met de originele nota(s) van de

afgenomen diensten door de verzekerde.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid geen vergoeding
- AV Totaal maximaal €10,- per dag, voor ten hoogste 21 dagen per kalenderjaar
- AV Top maximaal €10,- per dag, voor ten hoogste 21 dagen per kalenderjaar

9.4 Cursus Nederlandse Kankerbestrijding

Vergoeding voor cursus Nederlandse Kankerbestrijding.

Voorwaarde:

- De cursus moet georganiseerd zijn door de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid Maximaal € 80,- per kalenderjaar voor de verzekerde en maximaal € 80,- voor zijn/haar partner
- AV Totaal Maximaal € 80,- per kalenderjaar voor de verzekerde en maximaal € 80,- voor zijn/haar partner
- AV Top Maximaal € 80,- per kalenderjaar voor de verzekerde en maximaal € 80,- voor zijn/haar partner

9.5 Herstellingsoord in Nederland

Verblijf in herstellingsoord.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven bij verblijf in een herstellingsoord dat niet door de WLZ wordt gefinancierd en door de zorgverzekeraar is erkend. Een lijst met erkende herstellingsoorde vindt u op onze website.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat het verblijf in het herstellingsoord noodzakelijk is voor de behandeling.
- Voorafgaand aan het verblijf in een herstellingsoord dienen wij schriftelijk toestemming te hebben verleend.

Vergoeding:

- AV Basis Maximaal € 75,- per dag tot een maximum van € 2.100,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid Maximaal € 75,- per dag tot een maximum van € 2.100,- per kalenderjaar
- AV Totaal Maximaal € 150,- per dag tot een maximum van € 3.000,- per kalenderjaar
- AV Top Maximaal € 150,- per dag tot een maximum van € 3.000,- per kalenderjaar

9.6 Hospice

Vergoeding van de eigen bijdrage die wordt gevraagd door een hospice.

Voorwaarde:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor het verblijf in een hospice aanwezig is
- Er wordt geen vergoeding verleend voor de eigen bijdrage huishoudelijke hulp en verpleging die u op grond van een Wlz verstrekking door het CAK in rekening wordt gebracht.

Vergoeding:

- AV Basis Maximaal € 50,- per dag
- AV Uitgebreid Maximaal € 50,- per dag
- AV Totaal Maximaal € 50,- per dag
- AV Top Maximaal € 50,- per dag

9.7 Meerdaagse bootreizen of verblijf in vakantiehuis

Vergoeding voor eigen bijdrage.

Voorwaarden:

- De indicatiestelling voor deelname aan de bootreis gebeurt door het Rode Kruis, de Zonnebloem of de Stichting Varend Recreatie.
- De indicatiestelling voor het verblijf in een vakantiehuis gebeurt door het Rode Kruis.

Vergoeding:

- AV Basis Maximaal € 105,- van de eigen bijdrage per kalenderjaar
- AV Uitgebreid Maximaal € 105,- van de eigen bijdrage per kalenderjaar
- AV Totaal Maximaal € 150,- van de eigen bijdrage per kalenderjaar
- AV Top Maximaal € 150,- van de eigen bijdrage per kalenderjaar

9.8 Ooglaserbehandeling

Laserbehandeling van de ogen.

Voorwaarde:

- De behandeling dient uitgevoerd te worden door een medisch specialist.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid geen vergoeding
- AV Totaal 100% van de kosten van de behandeling tot maximaal € 600,- eenmalig
- AV Top 100% van de kosten van de behandeling tot maximaal € 600,- eenmalig

9.9 Personenalarmering

De abonnementskosten van de aansluiting bij een instelling waarmee de zorgverzekeraar daarvoor een overeenkomst heeft afgesloten.

Voorwaarde:

- De verzekerde moet aanspraak hebben op verstrekking van de apparatuur uit de basisverzekering. Wij betalen de abonnementskosten rechtstreeks aan de instelling waarmee een overeenkomst is afgesloten.

Vergoeding:

- AV Basis 100%
- AV Uitgebreid 100%
- AV Totaal 100%
- AV Top 100%

9.10 Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen

Reiskosten bezoek.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan een van de ouders/verzorgers van het kind.
- Het kind dat bezocht wordt mag niet ouder zijn dan 17 jaar, moet de basisverzekering bij ons hebben afgesloten, en in een instelling voor gezondheidszorg in Nederland verblijven. De verpleging in deze instelling moet ten laste komen van de basisverzekering.
- De verzekerde heeft een bewijs nodig van de gemaakte reiskosten.

Vergoeding:

- AV Basis € 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week, vanaf de 22e aaneengesloten dag per 12 maanden
- AV Uitgebreid € 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week, vanaf de 22e aaneengesloten dag per 12 maanden
- AV Totaal € 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week
- AV Top € 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week

9.11 Ronald McDonald huizen/familiehuis

Bijdrage van verblijfskosten.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan ouders/verzorgers van een ernstig ziek kind tot en met 17 jaar, dat is opgenomen in een (academisch) ziekenhuis.
- Het Ronald McDonald huis of familiehuis moet verbonden zijn aan het (academisch) ziekenhuis waarin het kind is opgenomen.
- De opnamekosten moeten voor rekening komen van de basisverzekering.

Vergoeding:

- AV Basis 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 180,- per kalenderjaar
- AV Uitgebreid 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 180,- per kalenderjaar
- AV Totaal 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar
- AV Top 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar

9.12 Snurkbeugel**Voorwaarden:**

- Indien de verzekerde geen recht heeft op vergoeding van de snurkbeugel ten laste van de basisverzekering (snurken in combinatie met een door medisch-specialistisch onderzoek bewezen slaapapnoe syndroom).
- De snurkbeugel dient geplaatst te worden door een tandarts. De kosten van het onderzoek, plaatsen en de nazorg door de tandarts worden conform de voorwaarden van de afgesloten tandheelkundige verzekering vergoed.

Vergoeding:

- AV Basis Eenmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,- van de techniekkosten voor een snurkbeugel
- AV Uitgebreid Eenmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,- van de techniekkosten voor een snurkbeugel
- AV Totaal Eenmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,- van de techniekkosten voor een snurkbeugel
- AV Top Eenmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,- van de techniekkosten voor een snurkbeugel

9.13 Sterilisatie

Vergoeding voor de kosten van een sterilisatie.

Voorwaarden:

- De behandeling dient in een erkend ziekenhuis in Nederland plaats te vinden.
- Hersteloperaties komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding:

- AV Basis 100% van de kosten tot een maximum van € 1.200,- van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden. De kosten omvatten die van het ziekenhuis en de medisch specialist.
- AV Uitgebreid 100% van de kosten tot een maximum van € 1.200,- van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden. De kosten omvatten die van het ziekenhuis en de medisch specialist.
- AV Totaal 100% van de kosten tot een maximum van € 1.200,- van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden. De kosten omvatten die van het ziekenhuis en de medisch specialist.
- AV Top 100% van de kosten tot een maximum van € 1.200,- van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden. De kosten omvatten die van het ziekenhuis en de medisch specialist.

9.14 Vervangende mantelzorg**Voorwaarden:**

- Als u mantelzorg ontvangt, hebt u recht op vervangende mantelzorg als uw mantelzorger op vakantie is.
- De zorg moet worden geleverd door Handen in Huis www.handeninhuis.nl, Saar aan Huis www.saaraanhuis.nl of Uw Assistent www.uwassistent.nl. U kunt rechtstreeks contact opnemen met deze zorgaanbieders.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van deze zorgaanbieders te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de vervangende zorg noodzakelijk is. Voorafgaand aan de vervangende zorg dienen wij een schriftelijke toestemming te hebben verleend.
- Wij rekenen de vergoeding af met de zorgaanbieder.

Vergoeding:

- AV Basis geen vergoeding
- AV Uitgebreid Maximaal € 125,- per dag plus de reiskosten van de vervangende zorgverlener, voor maximaal vijftien dagen per kalenderjaar
- AV Totaal Maximaal € 125,- per dag plus de reiskosten van de vervangende zorgverlener, voor maximaal vijftien dagen per kalenderjaar
- AV Top Maximaal € 125,- per dag plus de reiskosten van de vervangende zorgverlener, voor maximaal vijftien dagen per kalenderjaar

9.15 Ziekenvervoer

Een vergoeding van de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer zoals u deze verschuldigd bent op grond van de Zorgverzekering.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak op ziekenvervoer bestaan uit de basisverzekering.
- De verzekerde dient gebruik te hebben gemaakt van taxivervoer, openbaar vervoer en/of eigen vervoer.

Vergoeding:

● AV Basis	100%
● AV Uitgebreid	100%
● AV Totaal	100%
● AV Top	100%



Net aeven anders.

Meer weten?

Voor al uw vragen over de informatie in deze polisvoorwaarden kunt u terecht bij de ervaren medewerkers van onze Service Desk. U kunt hen bereiken op werkdagen van 08.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 088-35 35 763.

Daarnaast vindt u alle antwoorden op veelgestelde vragen op www.aevitae.com.

Aevitae

Nieuw Eyckholt 284
6419 DJ Heerlen
Postbus 2705
6401 DE Heerlen
KvK 31047513
info@aevitae.com