

POLISVOORWAARDEN 2027

ZORG-1
ZORG-2
ZORG-3
ZORG-4
DOMINASS

aevitae

Postbus 2705 • 6401 DE HEERLEN • 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 en met 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 09.00 tot 17.00 uur. Kijk voor onze contactmogelijkheden en actuele openingstijden op aevitae.com/service-contact. Tijdens de overstapweken in december hanteren wij ruimere openingstijden om u nog beter van dienst te zijn.

Rekeningen insturen
Als u zelf een rekening hebt ontvangen, dan kunt u deze digitaal declareren via Mijn Aevitae. Ook kunt u via Mijn Aevitae gemakkelijk zelf uw persoonsgegevens aanpassen, zorgkosten inzien of uw pakketten wijzigen.

U kunt de rekening ook via de post indienen. Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele rekening naar onderstaand postadres. Het declaratieformulier is te vinden op onze website onder 'Documenten & Formulieren'.

Postadres
Aevitae
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Bezoekadres
Aevitae
Nieuw Eyckholt 284
6419 DJ Heerlen



Goedkeuring nodig?
Wilt u weten voor welke zorg u vooraf onze goedkeuring nodig heeft? Dat vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt een aanvraag voor goedkeuring van een behandeling indienen via Mijn Aevitae, via onze website of per post naar het bovenstaande postadres, ter attentie van Team Medical.

Meer informatie over goedkeuring aanvragen vindt u op onze website. Daar 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 is te vinden op onze website onder 'Zoek jouw zorgverlener'.

Inhoudsopgave

1 Begripsomschrijvingen 4

2 Algemene voorwaarden 8

Welkom bij Aevitae 8
Artikel 1 Verzekerde zorg 8
Artikel 2 Algemene bepalingen 11
Artikel 3 Betalingen 12
Artikel 4 Overige verplichtingen 13
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden 13
Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering 14
Artikel 7 Klachten en geschillen 15
Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling 15

3 Vergoedingen 16

Alternatieve zorg 16
Artikel 1 Alternatieve zorg 16

Beweegzorg 16
Artikel 2 Beweegprogramma's 16
Artikel 3 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma 17
Artikel 4 Ergotherapie 17
Artikel 5 Fysiotherapie 17

Buitenland 19
Artikel 6 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met een reis in het buitenland 19
Artikel 7 Spoedeisende zorg in het buitenland 19
Artikel 8 Expertisebehandelingen in het buitenland 20
Artikel 9 Repatriëring vanuit het buitenland 21

Huidbehandelingen 21
Artikel 10 Acnébehandeling 21
Artikel 11 Camouflagetherapie 22
Artikel 12 Ontharing 22

Hulpmiddelen 23
Artikel 13 Hulpmiddelen 23

Farmaceutische zorg 25
Artikel 14 Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar 25

Mondzorg 25
Artikel 15 Kronen, bruggen, inlays en implantaten tot 18 jaar 25
Artikel 16 Orthodontie 26
Artikel 17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval 26

Ogen en oren 27
Artikel 18 Brillen en lenzen 27
Artikel 19 Ooglaseren en lensimplantatie 27
Artikel 20 Flapoorcorrectie tot 18 jaar 27
Artikel 21 Eigen bijdrage ziekenvervoer 28

Voetzorg 28
Artikel 22 Pedicure 28
Artikel 23 Podotherapie, podologie en steunzolen 29

Ziekenhuis, behandeling en verpleging 29
Artikel 24 Overnachting in een logeerhuis en/of reiskosten ziekenbezoek 29
Artikel 25 Sterilisatie 29

Zwangerschap en bevalling 30
Artikel 26 Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger" 30
Artikel 27 Zwangerschapscursus 30
Artikel 28 Kraampakket 30
Artikel 29 TENS bij bevalling 31
Artikel 30 Eigen bijdrage bevalling 31
Artikel 31 Eigen bijdrage kraamzorg 31
Artikel 32 Extra kraamzorg 32
Artikel 33 Lactatiekundige zorg 32
Artikel 34 Borstkolf 32
Artikel 35 Cursus verminderen alcoholgebruik 32
Artikel 36 Counselling 33
Artikel 37 Voedingsvoorlichting 33
Artikel 38 Gezondheidstest/healthcheck 34
Artikel 39 Hardloopcoaching bij blessures 34
Artikel 40 Eigen bijdrage hospice 34
Artikel 41 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s) 35
Artikel 42 Leefstijltrainingen 35
Artikel 43 Vervangende mantelzorg 35
Artikel 44 Mindfulness 36
Artikel 45 (Preventieve) cursussen 36
Artikel 46 Slaapprogramma 37
Artikel 47 Sportarts 37
Artikel 48 Therapeutische vakantiekampen 38
Artikel 49 Zorg voor vrouwen 39

4 Aanvullende voorwaarden Dominass 39
1 Adoptievergoeding 39
2 Psychotherapie 39
3 Gezinshulp 40

1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

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 Tandheelkunde
Een universitair of daarmee door verzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige 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, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden.
Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.
De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

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

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

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

Geboortecentrum
Een bevalfacililiteit 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 lastenaftrek 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 Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

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

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

Kaakchirurg
Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
Kalenderjaar
De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.
Ketenzorg
Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.
Kinder- en jeugdpsycholoog
Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
Klinisch psycholoog
Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
Kraamcentrum
Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.
Kraamzorg
De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
Laboratoriumonderzoek
Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.
Logopedist
Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.
Medisch adviseur
De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.
Medisch specialist
Een arts die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
Mondhygiënist
Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut’ en van het ‘Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)’.
Multidisciplinaire samenwerking
Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.
Oefentherapeut
Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.
Opname
Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.
Orthodontist
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
Orthopedagoog-generalist
Een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
Podotherapeut
Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.
Polisblad
De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten 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, Macedonië, Servië-Montenegro, Tunesië, Turkije en het Verenigd Koninkrijk.
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.

2 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?

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

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder;
- AGB code (bij Nederlandse zorgaanbieders).

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren
U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar Mijn Aevitae. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

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 muiterij;

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 Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

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

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag van de verzekering

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

2.2 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 terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders.

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

2.4 Fraude

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

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

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

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

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

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

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw 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 Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de 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 premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen.

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

3.5.3 Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
• Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
• Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning. Dit is 14 dagen na ontvangst van de aanmaning. Voor de hoogte van de incassokosten verwijzen we naar het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten (BIK).

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 bij ons 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 (tand) verzekering alleen sluiten als aanvulling op de basisverzekering die u bij ons heeft afgesloten. Het afsluiten van een aanvullende (tand) verzekering zonder basisverzekering is niet mogelijk tenzij met uw werkgever afzonderlijke afspraken gemaakt zijn die betrekking hebben op een werknemerspakket.

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 opzegservice 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, bel +356 8007 2366 of +356 21 249 245, of mail 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 ons Team Medical. U kunt ook een beroep doen op ons Team Medical 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.

3 Vergoedingen

Alternatieve zorg

Artikel 1 Alternatieve zorg

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van:
- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een (huis)arts.
- De geneesmiddelen staan met HA (homeopathisch antroposofisch) of HM (homeopathisch middel) geregistreerd in de Taxe Homeopathie van de Z-index. De apotheker kan dit controleren.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De alternatieve therapeut is lid van een specifieke vereniging, zie de Lijst Alternatieve beroepsgroepen.

Uitsluitingen
Wij vergoeden niet de kosten van:
- zorg als de alternatief genezer of therapeut ook de eigen huisarts is;
- laboratoriumonderzoek aangevraagd of uitgevoerd door een alternatief genezer of therapeut.

Vergoeding (voor consulten en geneesmiddelen samen)

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal € 300,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 40,- per dag.
Zorg-3	Maximaal € 450,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 40,- per dag.
Zorg-4	Maximaal € 600,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 40,- per dag.

Beweegzorg

Artikel 2 Beweegprogramma's

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van onderstaande beweegprogramma's die worden gegeven door een speciaal opgeleide fysiotherapeut en/of oefentherapeut:
- beweegprogramma's gericht op COPD, diabetes mellitus, hartzieken, obesitas, osteoporose, reuma of revalidatie bij een oncologische aandoening;
- het beweegprogramma 'Meer Bewegen voor Ouderen' (MBvO).

Voorwaarden voor vergoeding
Het beweegprogramma is voorgeschreven door een (huis)arts.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 350,- per aandoening voor de looptijd van de verzekering.
Zorg-4	Maximaal € 350,- per aandoening voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 3 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma

Omschrijving
Heeft u reuma? Dan vergoeden wij de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad

Voorwaarden voor vergoeding
- Stuur ons een verklaring van een huisarts of medisch specialist, waaruit blijkt dat u oefentherapie in extra verwarmd water nodig heeft vanwege de medische indicatie reuma.
- De oefentherapie moet plaatsvinden in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck en/of een reumapatiëntenvereniging

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.

Artikel 4 Ergotherapie

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van extra uren ergotherapie in aanvulling op de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding
- Wij vergoeden de kosten alleen nadat de vergoeding uit de basisverzekering is verbruikt.
- De zorgverlener voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners.
- Wij vergoeden maximaal het bedrag dat met gecontracteerde zorgverleners overeengekomen is. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze Zorgzoeker.
- Een losse intake telt als een behandeling.
- Heeft de zorgverlener geen contract? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. De maximale vergoedingen per behandeling zijn te vinden in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van welke basisverzekering op het polisblad staat. Staat er geen basisverzekering op het polisblad? Dan gelden de polisvoorwaarden van onze natura polis.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal 3 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering.
Zorg-4	Maximaal 4 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering.

Artikel 5 Fysiotherapie

5.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van:
- fysiotherapie door een (kinder)fysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut of geriatrisch fysiotherapeut;
- oefentherapie door een (kinder)oefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut;
- manuele fysiotherapie door een manueel fyiotherapeut;
- oedeemtherapie door een fysiotherapeut of huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding
- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- Een losse intake telt als een behandeling.
- De zorgverlener voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners.
- Wij vergoeden maximaal het bedrag dat met gecontracteerde zorgverleners overeengekomen is. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze Zorgzoeker.

- Heeft de zorgverlener geen contract? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. De maximale vergoedingen per behandeling zijn te vinden in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van welke basisverzekering op het polisblad staat. Staat er geen basisverzekering op het polisblad? Dan gelden de polisvoorwaarden van onze natura polis.
- Indien medisch noodzakelijk kan de behandeling ook thuis plaatsvinden. Dit moet blijken uit de verwijzing of voortkomen uit de behandeldoelstellingen die zijn vastgelegd in het behandelplan van uw therapeut.

Uitsluiting
Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschapsgymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vormen van fitness met als doel om de conditie door middel van training te verbeteren.

Vergoeding

Zorg-1	Maximaal 5 behandelingen per kalenderjaar.
Zorg-2	Maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele fysiotherapie.
Zorg-3	Maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele fysiotherapie.
Zorg-4	Maximaal 30 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele fysiotherapie.

5.2 Fysio Zelfcheck app

Omschrijving
Fysio Zelfcheck is een app ontwikkeld door en van fysiotherapeuten. De Fysio Zelfcheck biedt op laagdrempelige wijze oefeningen, informatie en tips waarmee u zelf actief aan de slag kunt met het oplossen van uw klachten. Het is geschikt wanneer u last heeft van milde klachten aan het bewegingsapparaat, zoals pijnlijke schouders, lage rugpijn of klachten bij/na het sporten.

U krijgt volledige toegang tot de Fysio Zelfcheck via Mijn Aevitae. Via Mijn Aevitae komt u op een registratiepagina van Fysio Zelfcheck app. U kunt de Fysio Zelfcheck downloaden via de app-store (IOS en Android). Kijk voor meer informatie op fysiozelfcheck.nl.

Over de Fysio Zelfcheck
Bij veel mensen verminderen of verdwijnen veelvoorkomende, milde klachten aan het bewegingsapparaat binnen een aantal weken met rust en eenvoudige oefeningen. De Fysio Zelfcheck kan in deze situaties helpen. Gebruikers van de Fysio Zelfcheck starten met het invullen van een vragenlijst. Dit zijn vragenlijsten die voldoen aan de actuele richtlijnen van de beroepsgroep. Op basis daarvan krijgt de gebruiker informatie, tips en een serie oefeningen voorgesteld. Met verschillende instructiefilmpjes en vlogs van, veelal specialistische fysiotherapeuten kan de gebruiker aan de slag met de oefeningen. Blijkt uit de vragenlijst dat er extra hulp nodig is, dan volgt er een advies om een afspraak te maken bij een (gespecialiseerde) fysiotherapeut of huisarts.

Vergoeding

Zorg-1	100%
Zorg-2	100%
Zorg-3	100%
Zorg-4	100%

Buitenland

Artikel 6 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met een reis in het buitenland

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van consulten, noodzakelijke vaccinaties (inentingen) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding
- Het consult, de noodzakelijke vaccinaties en /of het recept voor preventieve geneesmiddelen worden geleverd door Reisprik.nl. Op deze website vindt u ook een locatie bij u in de buurt.
- De voorgeschreven geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apotheek of apotheekhoudende huisarts die wij gecontracteerd hebben.

Uitsluitingen Wij vergoeden niet de kosten van zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen.

Vergoeding

Zorg-1	Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
Zorg-2	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.

Artikel 7 Spoedeisende zorg in het buitenland

7.1 Spoedeisende zorg in het buitenland tijdens vakantie of tijdelijk verblijf

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf van maximaal 12 maanden in het buitenland. De kosten worden alleen vergoed als de zorg bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien, en niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding
- De vergoeding vanuit dit artikel is een aanvulling op de basisverzekering.
- Een ziekenhuisopname wordt zo snel mogelijk gemeld aan onze Alarmcentrale via telefoonnummer 088 - 35 35 705.
- De nota's zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als de nota's in een andere taal zijn opgesteld kunnen wij verzoeken om de nota's door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Zorgkosten in een andere valuta dan de euro worden omgerekend naar euro's. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de koers die www.XE.com op de behandeldatum aangeeft.
- De vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in het buitenland wordt altijd aan de verzekerde uitgekeerd. De verzekerde zorgt zelf voor betaling aan de zorgverlener.

Uitsluitingen
- Wij vergoeden niet de kosten bij opname in het ziekenhuis als de alarmcentrale niet is ingeschakeld.

Vergoeding

Zorg-1	Volledig, in aanvulling op de basisverzekering.
Zorg-2	Volledig, in aanvulling op de basisverzekering.
Zorg-3	Volledig, in aanvulling op de basisverzekering.
Zorg-4	Volledig, in aanvulling op de basisverzekering.

7.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden voor vergoeding
1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
2 Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
3 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
b dieetpreparaten en drinkvoeding;
c verbandmiddelen;
d vaccinaties en geneesmiddelen i.v.m. een reis naar het buitenland;
e anticonceptiva;
f homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Vergoeding

○ Zorg-1	Geen vergoeding.
○ Zorg-2	Geen vergoeding.
● Zorg-3	Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
● Zorg-4	Maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Artikel 8 Expertisebehandelingen in het buitenland

Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland
Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk maar momenteel in Nederland niet beschikbaar is en/of niet kan worden uitgevoerd en waar u redelijkerwijs op inhoud en omvang bent aangewezen. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Heeft u toestemming voor een niet- spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:
a de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
b vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
c overnachtings- en /of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
d overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Voorwaarden voor vergoeding
1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
2 U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
3 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
4 De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

Vergoeding

○ Zorg-1	Maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen; overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht; vliegtuigvervoer: 100% (Economy Class); openbaar vervoer: 100% (laagste klasse); eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.
○ Zorg-2	Maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen; overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht; vliegtuigvervoer: 100% (Economy Class); openbaar vervoer: 100% (laagste klasse); eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.
● Zorg-3	Maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen; overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht; vliegtuigvervoer: 100% (Economy Class); openbaar vervoer: 100% (laagste klasse); eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.

• Zorg-4	Maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen; overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht; vliegtuigvervoer: 100% (Economy Class); openbaar vervoer: 100% (laagste klasse); eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.

Artikel 9 Repatriëring vanuit het buitenland

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van:
- medisch noodzakelijke repatriëring per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
- vervoer, na uw overlijden, van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding
- De Alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:
  - de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel.
  - behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.
- De Alarmcentrale heeft vooraf goedkeuring gegeven en regelt het vervoer. Het telefoonnummer van de alarmcentrale is 088 35 35 705.

Uitsluiting
Wij vergoeden niet de kosten van:
- een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers;
- vervoer naar Nederland zonder medische noodzaak;
- vervoer naar Nederland dat te verwachten (voorzien) was. Dit vervoer naar Nederland was te voorzien, omdat je al ziek was of de aandoening al had;
- vervoer welke niet door onze alarmcentrale is verzorgd en goedgekeurd.

Vergoeding

• Zorg-1	100%
• Zorg-2	100%
• Zorg-3	100%
• Zorg-4	100%

Huidbehandelingen

Artikel 10 Acnébehandeling

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van de behandeling van ernstige acne vulgaris (jeugdpuistjes) in het gezicht en/of in de hals.

Voorwaarden voor vergoeding
- Het gaat om een ernstige vorm van acne vulgaris in het gezicht en/of de hals.
- De zorg wordt verleend door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die aan de relevante kwaliteitseisen voldoet. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners. De zorg komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg door de schoonheidsspecialist wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.
- De huidtherapeut of schoonheidsspecialist heeft een geldige persoonlijke AGB-code die relevant is aan de gegeven behandeling. De AGB-code en de beroepsvereniging staan op de nota.

Uitsluitingen
Wij vergoeden niet de kosten van:
- de behandeling van acne rosacea;
- producten voor huidverzorging, zoals crèmes en lotions.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 100,- per kalenderjaar
Zorg-4	Maximaal € 175,- per kalenderjaar

Artikel 11 Camouflagetherapie

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

- camouflagelessen en de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.
- camouflagetherapie met behulp van laser;

in het gezicht en/of op de hals.

Voorwaarden voor vergoeding

- De camouflagelessen zijn gericht op het camoufleren van wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht en/of de hals.
- De zorg wordt verleend door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die aan de relevante kwaliteitseisen voldoet. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners. De zorg komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg door de schoonheidsspecialist wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.
- De huidtherapeut of schoonheidsspecialist heeft een geldige persoonlijke AGB-code die relevant is aan de gegeven behandeling. De AGB-code en de beroepsvereniging staan op de nota.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 200,- voor de looptijd van de verzekering.
Zorg-4	Maximaal € 200,- voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 12 Ontharing

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van het verwijderen van extreme haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of in de hals bijvoorbeeld door elektrische epilatie of lasertechniek.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling is uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die aan de relevante kwaliteitseisen voldoet. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners. De zorg door de schoonheidsspecialist komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de behandeling wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.
- De huidtherapeut of schoonheidsspecialist heeft een geldige persoonlijke AGB-code die relevant is aan de gegeven behandeling. De AGB-code en de beroepsvereniging staan op de nota.
- Uit de nota blijkt welke vorm van ontharingstechniek is gebruikt.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.

Hulpmiddelen

Artikel 13 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen, of de kosten van de eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Hieronder leest u om welke hulpmiddelen het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

13.1 Persoonlijke alarmeringsapparatuur

Omschrijving
Wij vergoeden voor het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur:
- de abonnementskosten bij medische indicatie in aanvulling op de basisverzekering;
- de huur- en abonnementskosten bij een sociale indicatie;
- de huur- en abonnementskosten bij tijdelijk gebruik.

Voorwaarden voor vergoeding
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven.
- De persoonlijke alarmeringsapparatuur is voorgeschreven door een (huis)arts.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 75,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 75,- per kalenderjaar.

13.2 Toebehoren mammaprothese

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van de aanschaf van:
- plakstrips voor een mammaprothese;
- één borstprothese BH;
- één prothese badpak;
- schoonmaakmiddelen voor een borstprothese na een borstamputatie.

Voorwaarde voor vergoeding
De leverancier is SEMH-gecertificeerd op basis van de erkenningsregeling voor Mammacare (MMC).

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.

13.3 Kunsttepels of mamillaprothese

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van een zelfklevende kunsttepel die gebruikt kan worden op een borst(deel)prothese, eventueel tijdens het wachten op een permanente tepelreconstructie als de mamillaprothese (maatwerktepelprothese) niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	100%
Zorg-3	100%
Zorg-4	100%

13.4 Pruiken

Omschrijving
Wij vergoeden:
- een extra bedrag in aanvulling op de vergoeding van een pruik uit de basisverzekering;
- de kosten van een mutssja, toupim of een andere vorm van hoofdbedekking bij haarverlies als gevolg van een medische behandeling of bij alopecia (haarverlies).

Voorwaarden voor vergoeding
- Er is aanspraak op vergoeding van een pruik uit de basisverzekering.
- De vergoedingstermijn is hetzelfde als bij de verstrekking uit de basisverzekering.
- De zorgverlener is S.E.M.H.-gecertificeerd (HWK) of ANKO-gecertificeerd. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze Zorgzoeker.

Vergoeding
Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.

13.5 Spalken, braces en/of bandages

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van een spalk, (sport- of koel)brace of bandage wanneer deze tijdelijk nodig is voor de stabilisatie, ondersteuning en/of correctie van spieren of gewrichten. De zorgverleners zijn te vinden onder Orthesen en braces in onze Zorgzoeker.

Vergoeding
Zorg-1	Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
Zorg-2	Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 90,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 90,- per kalenderjaar.

13.6 Trans-therapie

Omschrijving
Wij vergoeden de huurkosten van de apparatuur die nodig is voor Trans-therapie in verband met de behandeling van incontinentie.

Voorwaarde voor vergoeding
De Trans-therapie is voorgeschreven door een arts, bekkenbodemfysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.

Vergoeding
Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	100%, alleen bij een gecontracteerde leverancier.
Zorg-4	100%, alleen bij een gecontracteerde leverancier.

Farmaceutische zorg

Artikel 14 Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van anticonceptiemiddelen die opgenomen zijn in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS):
- anticonceptiepil;
- hormonale pleister;
- hormoonstaafje;
- implanon;
- nuva-ring;
- pessarium;
- prikpil;
- spiraaltjes.

Voorwaarden voor vergoeding
- Het anticonceptiemiddel is voorgeschreven door een (huis)arts of verloskundige. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept nodig.
- Het anticonceptiemiddel is geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Opmerking
De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Vergoeding

Zorg-1	100%
Zorg-2	100%
Zorg-3	100%
Zorg-4	100%

Mondzorg

Heeft u ook een aanvullende tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekeringen en daarna vanuit deze aanvullende verzekeringen, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

Artikel 15 Kronen, bruggen, inlays en implantaten tot 18 jaar

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten (inclusief techniekkosten) voor kinderen tot 18 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding
- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven. Wij beoordelen of de behandeling doelmatig is.
- De behandeling is uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus, implantoloog, centrum voor bijzondere tandheelkunde of kaakchirurg.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	100%
Zorg-3	100%
Zorg-4	100%

Artikel 16 Orthodontie

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige prestaties in verband met orthodontie, inclusief de materiaal- en techniekkosten.

Uitsluiting
Wij vergoeden niet de kosten van vervanging na verlies of reparatie na onzorgvuldig gebruik.

Vergoeding
Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Tot 18 jaar: 70% tot maximaal € 1.500,- voor de looptijd van de verzekering.
Zorg-4	Tot 18 jaar: 70% tot maximaal € 2.000,- voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van de goedkoopste en meest eenvoudige behandeling door een tandarts, orthodontist, tandprotheticus of kaakchirurg binnen 1 jaar na het ongeval.

Voorwaarden voor vergoeding
- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- Het ongeval en de behandeling vinden plaats tijdens de looptijd van deze verzekering.
- De behandeling vindt plaats binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het bij kinderen tot 18 jaar noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen omdat het gebit niet volgroeid is.
- De behandeling is gericht op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven. Wij beoordelen of de behandeling doelmatig is en of aan bovenstaande voorwaarden is voldaan.
- Bij de aanvraag voor toestemming is een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's toegevoegd. Het behandelplan is opgesteld door de tandarts, orthodontist, kaakchirurg, tandprotheticus of implantoloog.

Uitsluitingen
Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:
- ziekte of een ziekelijke afwijking bij de verzekerde;
- grove schuld of opzet van de verzekerde;
- het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door de verzekerde;
- deelname door de verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Vergoeding
Zorg-1	Maximaal € 10.000,- per ongeval.
Zorg-2	Maximaal € 10.000,- per ongeval.
Zorg-3	Maximaal € 10.000,- per ongeval.
Zorg-4	Maximaal € 10.000,- per ongeval.

Ogen en oren

Artikel 18 Brillen en lenzen

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van brillenglazen (met bijbehorend montuur) of contactlenzen op sterkte.

Voorwaarden voor vergoeding
- De brillen of contactlenzen zijn geleverd door een opticien of optiekbedrijf.
- De datum van levering bepaalt in welk kalenderjaar de vergoedingsperiode begint.

Uitsluitingen
Wij vergoeden niet de kosten van:
- het testen, opmeten of optometrisch onderzoeken van de ogen door een opticien;
- een lenzenabonnement of leasecontract;
- een los montuur zonder glazen;
- niet-optische middelen en diensten zoals lenzenvloeistof of brillenkokers, servicecontracten en verzekeringen;
- reparatie en onderhoud.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal € 100,- per 3 kalenderjaren.
Zorg-3	Maximaal € 150,- per 3 kalenderjaren.
Zorg-4	Maximaal € 200,- per 3 kalenderjaren.

Artikel 19 Ooglaseren en lensimplantatie

Omschrijving
Wij vergoeden:
- de kosten van een ooglaserbehandeling;
- de kosten van lensimplantatie (ter vervanging van een bril of contactlenzen)
- de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens als er recht is op de vergoeding van lensimplantatie uit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding
- De vergoeding van lensimplantatie bij een staaroperatie is een aanvulling op de basisverzekering.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een oogarts die voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Geen vergoeding.
Zorg-4	Maximaal € 500,- voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 20 Flapoorcorrectie tot 18 jaar

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot 18 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding
- De behandeling is uitgevoerd voordat de 18-jarige leeftijd is bereikt.
- De behandeling is uitgevoerd door een medisch specialist in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze Zorgzoeker.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	100%
Zorg-4	100%

Artikel 21 Eigen bijdrage ziekenvervoer

Omschrijving

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor ziekenvervoer als er een indicatie is voor een vergoeding uit de basisverzekering.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Geen vergoeding.
Zorg-4	100% in aanvulling op de basisverzekering.

Voetzorg

Artikel 22 Pedicure

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van pedicurezorg bij een medische voet door een pedicure of pedicure-chiropodist. Er is sprake van een medische voet in geval van:

- chemotherapie;
- eelt of likdoorns als gevolg van afwijkingen aan de stand van de voeten of tenen;
- diabetes;
- de hersenziekten MS en Parkinson;
- de huidziekten epidermolysis bullosa, keratoderma palmoplantaris, psoriasis, recidiverende erysipelas en tylotisch eczeem;
- de spierziekten ALS en HMSN;
- de vaataandoeningen arteriële insufficiëntie, arteriosclerose obliterans, chronische tromboflebitis en ziekte van Buerger;
- dwarslaesie (verlamming door beschadigd ruggenmerg);
- hamertenen;
- parese (gedeeltelijke verlamming) van de voet, bijvoorbeeld door een CVA (beroerte);
- perifere neuropathie (zenuwpijn);
- reuma;
- spasme (te hoge spierspanning);
- sudeckse dystrofie/posttraumatische dystrofie (pijn na operatie of wond);
- ziekte van Kahler (vorm van beenmergkanker)

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- De behandeling is uitgevoerd door een medisch pedicure die aan de relevante kwaliteitseisen voldoet. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners.
- Op de nota staat om welke voetaandoening het gaat.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	€ 25,- per dag tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.
Zorg-4	€ 25,- per dag tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Artikel 23 Podotherapie, podologie en steunzolen

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van:
- (sport)podotherapie door een (sport)podotherapeut;
- podologie door een podoloog;
- podoposturaal therapie door een podoposturaal therapeut;
- (sport)steunzolen (en reparatie daarvan) door een orthopedisch(e) schoenmaker(ij), podo(posturaal)therapeut of podoloog.

Voorwaarde voor vergoeding
De zorgverlener voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 175,- per kalenderjaar.

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Artikel 24 Overnachting in een logeerhuis en/of reiskosten ziekenbezoek

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van:
- verblijf in een logeerhuis bij dagbehandeling in een ziekenhuis of ggz-instelling;
- verblijf van meeverzekerde gezinsleden in een logeerhuis dat verbonden is aan een ziekenhuis of ggz-instelling waarin de verzekerde is opgenomen;
- reiskosten van meeverzekerde gezinsleden in verband met bezoek aan de in een ziekenhuis of ggz-instelling opgenomen verzekerde.

Voorwaarden voor vergoeding
- De opname duurt minimaal twee aaneengesloten dagen.
- De kosten worden gedeclareerd via het Declaratieformulier bezoek- en verblijfskosten voor alle bezoekers.
- Het ziekenhuis of de ggz-instelling bevindt zich op minimaal 40 km en maximaal 200 km van het woonadres.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor de totale kosten van alle bezoekers samen; verblijfskosten: € 35,- per nacht; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.
Zorg-3	Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor de totale kosten van alle bezoekers samen; verblijfskosten: € 35,- per nacht; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.
Zorg-4	Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor de totale kosten van alle bezoekers samen; verblijfskosten: € 35,- per nacht; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.

Artikel 25 Sterilisatie

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huisartsenpraktijk.

Uitsluiting
Wij vergoeden niet de kosten van het ongedaan maken van sterilisatie.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	100%
Zorg-4	100%

Zwangerschap en bevalling

Artikel 26 Zelfhulpprogramma “Slimmer Zwanger”

Omschrijving
Wij vergoeden de abonnementskosten van het zelfhulpprogramma “Slimmer Zwanger”. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	1 abonnement voor de looptijd van de verzekering.
Zorg-3	1 abonnement voor de looptijd van de verzekering.
Zorg-4	1 abonnement voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 27 Zwangerschapscursus

Omschrijving
Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van cursussen:
a die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling en/of die u begeleiden tijdens de bevalling;
b die uw fysieke herstel na de bevalling bevorderen.

Voorwaarden voor vergoeding
1 U moet een bewijs van aanmelding en betaling aan ons geven.
2 De cursussen moeten worden gegeven door:
- een thuis- of kraamzorginstelling;
- een verloskundigenpraktijk of gezondheidscentrum;
- een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallen;
- een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
- een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing;
- een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit;
- een zorgverlener gekwalificeerd in Psychoprofylaxe (angst voor de bevalling);
- Mom in Balance.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal € 50,- per zwangerschap.
Zorg-3	Maximaal € 75,- per zwangerschap.
Zorg-4	Maximaal € 100,- per zwangerschap.

Artikel 28 Kraampakket

Omschrijving
Wij sturen een kraampakket dat is samengesteld in overleg met verloskundigen. Vraag het kraampakket uiterlijk 3 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via kraampakket.nl/aevitae-luxe-kraampakket.

Voorwaarde voor vergoeding
Alleen zwangere verzekerden kunnen aanspraak maken op dit kraampakket.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	1 pakket per zwangerschap.
Zorg-3	1 pakket per zwangerschap.
Zorg-4	1 pakket per zwangerschap.

Artikel 29 TENS bij bevalling

Omschrijving
Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van een TENS voor pijnbestrijding tijdens een bevalling. Een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts moet de bevalling begeleiden.

Alleen gecontracteerd vergoed
Let op! U moet de TENS laten leveren door een leverancier die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	1 apparaat voor de looptijd van de verzekering.
Zorg-3	1 apparaat voor de looptijd van de verzekering.
Zorg-4	1 apparaat voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 30 Eigen bijdrage bevalling

Omschrijving
Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor moeder en kind bij een bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of daarvoor gecontracteerd geboortecentrum zoals opgenomen in de polisvoorwaarden van de basisverzekering.

Uitsluiting
Wij vergoeden niet de kosten die de maximale vergoeding voor bevalling zonder medische noodzaak zoals opgenomen in de polisvoorwaarden van de basisverzekering te boven gaan.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	100%
Zorg-3	100%
Zorg-4	100%

Artikel 31 Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving
Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg in aanvulling op de basisverzekering.

Voorwaarde voor vergoeding
De kraamzorg wordt geleverd:
- bij de verzekerde thuis;
- in een geboortecentrum;
- in een kraamhotel;
- in een ziekenhuis.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	100%
Zorg-3	100%
Zorg-4	100%

Artikel 32 Extra kraamzorg

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van extra kraamzorg als binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning kon worden ontvangen. De zorg omvat de verzorging van de moeder en de zorg voor het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme.

Extra kraamzorg omvat:
- nazorg moeder en/of pasgeborene;
- couveuse nazorg;
- uitgestelde kraamzorg;
- kraamzorg bij adoptie van een kind jonger dan 12 maanden.

Voorwaarden voor vergoeding
- Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum, aansluitend aan de 42e dag na de bevalling.
- De zorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende of een verpleegkundige.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal 15 uur per bevalling.
Zorg-3	Maximaal 15 uur per bevalling.
Zorg-4	Maximaal 15 uur per bevalling.

Artikel 33 Lactatiekundige zorg

Omschrijving
Wij vergoeden lactatiekundige zorg en advies aan de moeder bij problemen met de borstvoeding.

Voorwaarde voor vergoeding
De lactatiekundige voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal € 100,- per bevalling.
Zorg-3	Maximaal € 100,- per bevalling.
Zorg-4	Maximaal € 100,- per bevalling.

Artikel 34 Borstkolf

Omschrijving
Wij vergoeden de huur of aanschaf van een borstkolf binnen 6 maanden na de bevalling.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal € 75,- per bevalling.
Zorg-3	Maximaal € 75,- per bevalling.
Zorg-4	Maximaal € 75,- per bevalling.

Artikel 35 Cursus verminderen alcoholgebruik

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van (preventieve) cursussen voor het verminderen van alcoholgebruik.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Vergoeding

Zorg-1	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.
Zorg-2	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.

Artikel 36 Counselling

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van counselling. Counseling is een kortdurende vorm van individuele psychosociale begeleiding.

Voorwaarde voor vergoeding

1 De behandelend counsellor moet zijn aangesloten bij de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC);
2 Op de nota moet duidelijk omschreven zijn dat het om counselling gaat.

Vergoeding

Zorg-1	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.
Zorg-2	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 300,- per kalenderjaar.

Artikel 37 Voedingsvoorlichting

37.1 Dieetadvisering

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van voorlichting en advisering door een diëtist over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Deze vergoeding is een aanvulling op de vergoeding uit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden maximaal het bedrag dat met gecontracteerde zorgverleners overeengekomen is. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze Zorgzoeker.
- Heeft de zorgverlener geen contract? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. De maximale vergoedingen per behandeling zijn te vinden in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van welke basisverzekering op het polisblad staat. Staat er geen basisverzekering op het polisblad? Dan gelden de polisvoorwaarden van onze natura polis.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Geen vergoeding.
Zorg-4	Geen vergoeding.

37.2 Gewichtsconsulent

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van voorlichting en advisering door een gewichtsconsulent over voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.

Voorwaarde van de vergoeding

De gewichtsconsulent voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal € 75,- per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 125,- per kalenderjaar.

Artikel 38 Gezondheidstest/healthcheck

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van een gezondheidstest/healthcheck die ervoor kan zorgen dat gezondheidsrisico's op tijd worden ontdekt.

De vergoeding geldt voor de volgende onderdelen:
- een algemene vragenlijst over de gezondheid;
- het meten van de bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- visusonderzoek;
- fietstest;
- een schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

Voorwaarden voor vergoeding
- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- De gezondheidstest wordt uitgevoerd door Care for Human (www.careforhuman.nl) of Persoonlijkegezondheidscheck.nl
- Uit de nota blijkt welke onderzoeken deel uitmaken van de gezondheidstest.

Uitsluitingen
Wij vergoeden niet de kosten van een MRI-, CT- of Total Body scan.

Vergoeding

Zorg-1	1 keer per kalenderjaar.
Zorg-2	1 keer per kalenderjaar.
Zorg-3	1 keer per kalenderjaar.
Zorg-4	1 keer per kalenderjaar.

Artikel 39 Hardloopcoaching bij blessures

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van het online coachingstraject van FysioRunning. Dit traject bestaat uit een screening en begeleiding van maximaal 13 weken.

Voor registratie/screening kunt u rechtstreeks naar de website www.fysiorunning.nl.

Vergoeding

Zorg-1	1 online coachingstraject van FysioRunning per kalenderjaar.
Zorg-2	1 online coachingstraject van FysioRunning per kalenderjaar.
Zorg-3	1 online coachingstraject van FysioRunning per kalenderjaar.
Zorg-4	1 online coachingstraject van FysioRunning per kalenderjaar.

Artikel 40 Eigen bijdrage hospice

Omschrijving
Wij vergoeden de eigen bijdrage voor het verblijf in een hospice of Bijna Thuis Huis. Erkende locaties zijn te vinden via ZorgkaartNederland.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 40,- per dag.
Zorg-4	Maximaal € 40,- per dag.

Artikel 41 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s)

Omschrijving
Wordt een ouder die bij ons is verzekerd, opgenomen in een ziekenhuis? Dan regelen wij voor u kinderopvang aan huis buiten de uren die u normaal al geregeld heeft, vanaf de derde dag van het ziekenhuisverblijf tot en met de derde dag na het ontslag. Dit geldt voor inwonende kinderen tot 12 jaar. Het aantal uren kinderopvang dat wij vergoeden hangt af van de leeftijd van uw jongste kind.

Voorwaarde voor vergoeding
1 Wilt u gebruik maken van kinderopvang? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Neem hiervoor contact met ons op.
2 U kunt alleen naar een kindercentrum of gastouder geregistreerd in het Landelijk Register Kinderopvang (LRK).

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a kinderopvang bij verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
b uitbreiding van het aantal uren die u normaal al geregeld heeft bij een kinderdagverblijf.

Vergoeding
○ Zorg-1	Geen vergoeding.
◔ Zorg-2	Maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%.
◑ Zorg-3	Maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%.
● Zorg-4	Maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%.

Artikel 42 Leefstijltrainingen

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van een basis leefstijltraining voor:
a hartpatiënten;
b whiplashpatiënten;
c mensen met stress- en burn-outgerelateerde klachten.

Voorwaarden voor vergoeding
1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
2 De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching.

Vergoeding
○ Zorg-1	Geen vergoeding.
◔ Zorg-2	Geen vergoeding.
◑ Zorg-3	Maximaal € 1.000,- per kalenderjaar.
● Zorg-4	Maximaal € 1.250,- per kalenderjaar.

Artikel 43 Vervangende mantelzorg

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten voor tijdelijke overname van mantelzorg wanneer de mantelzorger afwezig is. Deze vergoeding is bedoeld om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten door overname van de gebruikelijke mantelzorgtaken. Daarom kan vervangende mantelzorg uitsluitend worden aangevraagd door degene die de mantelzorg verleent.

Onder mantelzorg verstaan wij het gedurende ten minste drie maanden gemiddeld 8 uur per week vrijwillig en onbetaald verlenen van zorg aan een naaste met een langdurige fysieke, verstandelijke of psychische beperking. Deze zorg kan bestaan uit begeleiding, toezicht, persoonlijke verzorging en/of ondersteuning bij dagelijkse activiteiten.

Voorwaarden voor vergoeding
- U voldoet aan de omschrijving van mantelzorg zoals hierboven vermeld.
- De zorg wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners op onze website. U kunt direct contact opnemen met een van deze gecontracteerde aanbieders. Zij toetsen of u aan de voorwaarden voldoet (intake) en plannen samen met u de vervangende mantelzorg.
- De zorg wordt gegeven binnen een aaneengesloten periode van maximaal 4 maanden vanwege afwezigheid (vakantie, opname, verlof, overbelasting of ziekte) van de mantelzorger.

- Per dag wordt er minimaal 3 uur aaneengesloten vervangende mantelzorg geleverd.
- Alleen de verzekerde mantelzorger kan aanspraak maken op de vergoeding.
- Als er meerdere mantelzorgers voor 1 hulpbehoevende zijn, wordt de vergoeding aan 1 mantelzorger verleend.

Uitsluitingen
Wij vergoeden niet:
- de kosten van een niet-gecontracteerde zorgverlener,
- als de ontvanger van mantelzorg een Wmo of Wlz-indicatie heeft, of
- de kosten van tijdelijke opname, logeeropvang of ondersteuning op een andere locatie dan in de thuissituatie van de hulpbehoevende (ofwel ontvanger van de mantelzorg).

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 2.000,- per kalenderjaar.

Artikel 44 Mindfulness

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van een Mindfulness training.

Voorwaarde voor vergoeding
De Mindfulness training moet gegeven worden door een trainer die is aangesloten bij de Vereniging Mindfulness Based trainers in Nederland en Vlaanderen (VMBN). Deze kunt u vinden op de website www.vmbn.nl.

Vergoeding

Zorg-1	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
Zorg-2	Maximaal € 175,- per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 225,- per kalenderjaar.

Artikel 45 (Preventieve) cursussen

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:

a Bij hartproblemen een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling. Wij vergoeden niet de kosten van een sportvereniging of fitnesscentrum.

b Bij lymfoedeem een bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel patiënten te leren zelf actief bij te dragen aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent. Deze docent moet de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem hebben gevolgd bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN).

c Bij reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. De cursus moet worden georganiseerd door het Reumafonds of een thuiszorginstelling.

d Bij diabetes type 2 een patiënten-, basis- of vervolgeducatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.

e Bij afvallen 1 van onderstaande geselecteerde cursussen voor voedingsadvies:
- 1 van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight;
- het cursusaanbod van Biamed Nederland;
- het cursusaanbod van Lekker Puh!;
- het cursusaanbod van Weight Watchers;
- de cursus Sportief afvallen bij een thuiszorgorganisatie;
- de cursus goede voeding voor ouderen georganiseerd door een thuiszorgorganisatie.

f Een basis reanimatiecursus via een opleidingsinstituut welke geregistreerd is bij de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

g Een EHBO cursus die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis.
Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).

h Een cursus eerste hulp bij kinderongevallen die opleidt tot het certificaat van het Oranje Kruis of het certificaat van het Rode Kruis.
Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).

i Een cursus lekker in je vel. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.
j Cursussen georganiseerd door patiëntenverenigingen. De cursus moet worden georganiseerd door een patiëntenvereniging die aangesloten is bij Patiëntenfederatie Nederland of bij het netwerk Ieder(in).
k Een cursus kanjertraining. De cursus moet worden gegeven door licentiehouders aangesloten bij Instituut voor Kanjertrainingen B.V.
l Het programma Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO).

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Maximaal € 115,- per cursus per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 115,- per cursus per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 115,- per cursus per kalenderjaar.

Artikel 46 Slaapprogramma

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van:
a een proefperiode van 6 maanden voor de Somnox Pro of Somnox Go.
b Een cursus slapen kun je leren. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Uitsluiting
Wij vergoeden niet de aanschafkosten van de Somnox Pro of Go.

Vergoeding

Zorg-1	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
Zorg-2	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Artikel 47 Sportarts

47.1 Sportmedisch onderzoek

Omschrijving
Wij vergoeden de volgende kosten in een sportmedische instelling:
- sportmedisch onderzoek;
- sportkeuringen;
- inspanningsonderzoek;
- blessureconsulten.

Voorwaarden voor vergoeding
- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- De zorg is niet medisch noodzakelijk.
- De sportarts of sportmedische instelling voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners.

Vergoeding

Zorg-1	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
Zorg-2	Maximaal € 125,- per kalenderjaar.
Zorg-3	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
Zorg-4	Maximaal € 175,- per kalenderjaar.

47.2 Sportmedische begeleiding

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van sportmedische begeleiding (trainingsadvies en individueel trainingsschema op basis van uitkomsten sportmedisch onderzoek) door een sportarts in een Sportmedische instelling.

Voorwaarde voor vergoeding
1 Er moet vooraf een sportmedisch onderzoek door een sportarts zijn uitgevoerd in een Sportmedische Instelling.
2 De Sportmedische Instelling moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

Vergoeding

○ Zorg-1	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
○ Zorg-2	Maximaal € 125,- per kalenderjaar.
● Zorg-3	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
● Zorg-4	Maximaal € 175,- per kalenderjaar.

Artikel 48 Therapeutische vakantiekampen

Wij vergoeden de kosten van therapeutische vakantiekampen voor kinderen (39.1) en voor gehandicapten (39.2). Op deze vakantiekampen leert u omgaan met uw ziekte, aandoening of handicap, door training met lotgenoten.

48.1 Therapeutisch vakantiekamp voor kinderen

Omschrijving
Voor kinderen tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp georganiseerd door de:
a Stichting Heppie (voor kinderen met astma en/of constitutioneel eczeem);
b Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
c Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
d Stichting De Ster (Sterkamp en Maankamp);
e Nederlandse Hartstichting (Jump);
f Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een betalingsbewijs aan ons geven.

Vergoeding

○ Zorg-1	Geen vergoeding.
○ Zorg-2	Geen vergoeding.
● Zorg-3	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
● Zorg-4	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.

48.2 Therapeutisch vakantiekamp voor gehandicapten

Omschrijving
Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn, de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een betalingsbewijs aan ons geven. Op dit betalingsbewijs moet duidelijk omschreven zijn dat het om een therapeutisch vakantiekamp gaat.

Vergoeding

○ Zorg-1	Geen vergoeding.
○ Zorg-2	Geen vergoeding.
● Zorg-3	Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
● Zorg-4	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.

Artikel 49 Zorg voor vrouwen

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van gezondheidsadviezen, Overgangsklachten, Zwanger worden & Zwangerschap, Menstruatieproblemen, Anticonceptie en Borstzelfonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding
Het consult moet worden gegeven door een zorgverlener die is aangesloten bij Care for Women. U mag voor de overgangsklachten ook naar een overgangsconsulent van de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC). Of een zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.
Wij vergoeden niet de kosten van voedingssupplementen of geneesmiddelen.

Vergoeding

○ Zorg-1	Geen vergoeding.
○ Zorg-2	Geen vergoeding.
● Zorg-3	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
● Zorg-4	Maximaal € 125,- per kalenderjaar.

4 Aanvullende voorwaarden Dominass

In aanvulling op de voorwaarden van EUCARE zoals vermeld op het polisblad kent Dominass enkele unieke regelingen.

1 Adoptievergoeding

Omschrijving
Wanneer er sprake is van adoptie regelt Dominass een aanvullende vergoeding voor de adoptie. Om voor deze vergoeding in aanmerking te komen dient het volledige gezin verzekerd te zijn via Dominass.

De adoptievergoeding kunt u schriftelijk aanvragen bij Dominass. Bij de aanvraag ontvangen we graag een kopie van de adoptieverklaring en aankomstdatum in Nederland.

Vergoeding

○ Zorg-1	Geen vergoeding.
○ Zorg-2	Geen vergoeding.
● Zorg-3	Geen vergoeding.
● Zorg-4	Maximaal € 500,- per adoptiekind.

2 Psychotherapie

Omschrijving
Wij vergoeden de kosten van psychotherapie buiten de vergoedingen uit de basisverzekering om:
- psychotherapeuten die zijn aangesloten bij de NVVP of NVPA;
- psychologen aangesloten bij NIP;
- opname / behandeling in:
  - Pastoraal centrum De Hezenberg te Hattem;
  - Oude Hof te Oosterwolde;
  - Pastoraal Diaconaal centrum De Herberg te Oosterbeek;
- Bureau voor pastorale en psycho-sociale hulpverlening Koinonia;
- Begeleiding ter voorkoming van uitval door stichting Ruimzicht (www.ruimzicht.nl).

Voorwaarden voor vergoeding
- De psychotherapie is voorgeschreven door de huisarts.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven. De machtiging moet rechtstreeks bij Dominass worden aangevraagd middels het formulier “Machtiging psychotherapie/werkbegeleiding”. Dit formulier stuurt Dominass op verzoek toe, of kunt u downloaden via de site www.dominass.nl.

Uitsluiting
Wij vergoeden niet de kosten van coaching/supervisie/loopbaanbegeleiding.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Geen vergoeding.
Zorg-4	Tot 18 jaar: 75% tot maximaal € 500,- voor de looptijd van de verzekering. Vanaf 18 jaar: 75% tot maximaal € 2.300,- voor de looptijd van de verzekering.

3 Gezinshulp

Omschrijving
Wij vergoeden de eigen bijdrage voor gezinszorg, een tijdelijke voorziening in het gezin van verzekerde ten gevolge van onvoorziene omstandigheden van medische aard, teneinde de huishouding van verzekerde niet te laten stagneren.

Voorwaarden voor vergoeding
- De gezinsverzorgster/-helpster is in dienst van een door de overheid erkende instelling.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven. De aanvraag dient te worden ondersteund door een kopie van de indicatiestelling van het CIZ, waaruit blijkt wat de indicatie is voor gezinszorg, hoeveel uur hulp per week geïndiceerd is en voor welke periode.

Vergoeding

Zorg-1	Geen vergoeding.
Zorg-2	Geen vergoeding.
Zorg-3	Geen vergoeding.
Zorg-4	Maximaal 26 weken per indicatie.

Met de kracht van aandacht.

Meer weten?
Kijk voor meer informatie op onze website
aevitae.com

Heeft u toch nog vragen?
Neem dan contact op met onze Service Desk.
Kijk voor onze contactmogelijkheden en actuele openingstijden op
aevitae.com/service-contact

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