

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de dekking	
Acnebehandeling	3.1
Antroposofische en homeopathische geneeswijzen en osteopathie	3.2
Automatische Externe Defibrillator pads	3.3
Begeleiding en nazorg bij kanker	3.4
Besnijdennis	3.5
Brillen of contactlenzen	3.6
Buitenland	3.7
Camouflage	3.8
Diëtiëk	3.9
Epilatie	3.10
Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptie-middelen)	3.11
Fysiotherapie en oefentherapie	3.12
GeboorteTENS	3.13
Hulpmiddelen	3.14
Kraampakket	3.15
Logeerhuis bij opname	3.16
Mammaprint	3.17
Mantelzorg	3.18
Orthodontie	3.19
Orthoptie	3.20
Pedicure	3.21
Plakstrips voor mammaprothese	3.22
Plaswekker	3.23
Podotherapie/ Podologie/ Podoposturale therapie	3.24
Reiskosten ziekenbezoek	3.25
Steunzolen	3.26
Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar	3.27
Therapeutische kampen	3.28
Verloskundige hulp en kraamzorg	3.29
4 Omvang van de dekking Preventie	
Cursussen	4.1
Preventieve geneeskunde	4.2
5 Uitsluitingen	
6 Diensten Zorg voor Zorg	
7 Algemeen	
8 Premie	
9 Premiebetaling en betalingsachterstand	
10 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
11 Declaraties en onderbreking van de dekking	
12 Regres	
13 Fraude	

14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

15 Herziening van premie of voorwaarden

16 Duur van de verzekering

17 Heroverweging en klacht

18 Bepalingen in verband met collectiviteit

Clausule terrorismedekking

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Aanvullende zorgverzekering

Een aanvullende zorgverzekering dekt zorg die niet of niet volledig op een zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet is gedekt.

1.2 Antroposofisch en homeopathisch arts

Een in Nederland gevestigde antroposofisch of homeopathisch arts, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een beroepsvereniging.

1.3 Antroposofisch therapeut

Een in Nederland gevestigde antroposofisch therapeut, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een beroepsvereniging.

1.4 Apotheek

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

1.5 Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

1.6 Basisarts

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

1.7 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

1.8 Bekkenterapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenterapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of een vergelijkbaar register..

1.9 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.10 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg door middel van een

prestatiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Het DBC-traject begint op het moment dat een verzekerde zich meldt met een zorgvraag (de DBC wordt geopend) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling, dan wel na 120 dagen.

1.11 Diëtist

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

1.12 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, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

1.13 Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, en/of advies en begeleiding zoals apotheekhoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, één en ander met inachtneming van het door De Amersfoortse vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

1.14 Fraude

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

1.15 Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

1.16 Gecontracteerde zorg

Die zorg die de zorgaanbieder, op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst, mag verlenen dan wel voor vergoeding in aanmerking komt.

1.17 Geriatrisch fysiotherapeut

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

1.18 Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop

gebaseerde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut".

1.19 Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.20 Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

1.21 Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen.

1.22 Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of een vergelijkbaar register.

1.23 Kraamcentrum

Een instelling, conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

1.24 Kraamhotel

Een instelling waar verzekerde kan bevallen en/of (een deel van) de kraamtijd kan doorbrengen.

1.25 Kraamzorg

De zorg verleent door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

1.26 Mantelzorger

Een persoon die onbetaald en niet in het kader van een hulpverlenend beroep zorg verleent aan een hulpbehoevende in diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie.

1.27 Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of een vergelijkbaar register.

1.28 Medisch adviseur

Een arts die ingeschreven is als arts Beleid en Advies in het door Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

1.29 Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven als medisch specialist in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

1.30 Meditel

Meditel B.V., Postbus 454, 2800 AL Gouda, Telefoon (0900) 2021040, fax (0182) 820029.

1.31 Mondhygiënist

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

1.32 NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

1.33 Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of een vergelijkbaar register.

1.34 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

1.35 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

1.36 Optometrist

Een in Nederland gevestigde optometrist die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

1.37 Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS) van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde.

1.38 Orthoptist

Een orthoptist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523).

1.39 Pedicure

Een pedicure die met de aantekening voor diabetes, reuma of risicovoet geregistreerd staat in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

1.40 Podoloog

Een in Nederland gevestigde podoloog die is aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie).

1.41 Podoposturaal therapeut

Een in Nederland gevestigde podoposturaal therapeut die als A-therapeut is aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie).

1.42 Podotherapeut

Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523).

1.43 Privékliniek in buitenland

Een instelling waarvan met zekerheid kan worden gesteld dat medisch specialistische zorg voor verpleging, onderzoek en behandeling wordt geleverd conform de Nederlandse standaard van kwaliteit.

1.44 Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat

conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF) of een vergelijkbaar register.

1.45 Psychosomatisch oefentherapeut Cesar en Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar en Mensendieck die staat ingeschreven in het register psychosomatische oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

1.46 Schoonheidsspecialist

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B.

1.47 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

1.48 Spoedeisende zorg

Zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van acute ziekte of ongeval waarbij spoedeisende medisch noodzakelijke hulp nodig is.

1.49 Tandarts

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

1.50 Tijdelijk verblijf

Verblijf in het buitenland gedurende maximaal twaalf maanden. Bij opname in een ziekenhuis wordt de termijn tijdens de opname verlengd tot maximaal 365 dagen gerekend vanaf de dag van opname.

1.51 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland. Deze staten zijn: 'Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Japan, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije'.

1.52 Verloskundige

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

1.53 Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.54 Verwijsbrief/verwijzing

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of instelling. Op een verwijsbrief moet staan: naam verzekerde, geboortedatum verzekerde, naam en handtekening arts, datum afgifte, reden van verwijzing en eventuele overige relevante gegevens. Een verwijsbrief is tot 1 jaar na afgifte geldig

1.55 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

1.56 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.57 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

1.58 Wlz

Wet langdurige zorg

1.59 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), zoals bedoeld in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) of met een Wlz-toelating.

1.60 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum Davos.

1.61.Zorgverzekeraar

ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV, hierna ook te noemen wij of de zorgverzekeraar.

1.62 Zorgverzekering

Een bij een verzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet.

2 Prestatiewijze en dekking

2.1 Woonland

Deze aanvullende verzekering kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

Voor in Nederland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in Nederland en uitgevoerd door een in Nederland gevestigde zorgverlener.

Voor verzekerden die wonen op kortere afstand dan 40 kilometer van de Belgische of Duitse grens geldt dat de kosten van zorg volledig voor vergoeding in aanmerking komen indien de zorg wordt genoten in België of Duitsland. Indien de afstand groter dan 40 kilometer is, is vooraf toestemming van verzekeraar vereist.

Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in het woonland en uitgevoerd door een in het woonland gevestigde zorgverlener.

Uitzondering hierop zijn ook de volgende vormen van zorg:

- artikel 3.6 Brillen en contactlenzen
- artikel 3.7 Buitenland
- artikel 3.12 Fysiotherapie en oefentherapie
- artikel 3.19 Orthodontie

Deze zorg mag ook genoten worden in een ander EU, EER of verdragsland.

Vergoeding vindt plaats tot het maximale tarief zoals genoemd in artikel 2.3 De nadere voorwaarden van de desbetreffende artikelen blijven van kracht.

2.2 Aanvullend op de zorgverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een zorgverzekering. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

2.3 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding.

2.4 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in deze aanvullende verzekering omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

2.5 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

2.6 Wijziging van verzekering

Indien verzekerde voor het afsluiten van deze aanvullende verzekering aansluitend een andere aanvullende verzekering had afgesloten bij de zorgverzekeraar dan gelden de volgende bepalingen.

2.6.1 Maximale vergoedingen

De bij de vorige aanvullende verzekering gedane uitkeringen zijn ook bij de nieuwe aanvullende verzekering van toepassing voor het bepalen van de eventuele maximale vergoedingen zoals omschreven in de desbetreffende artikelen van de nieuwe aanvullende verzekering.

2.6.2 Vergoedingstermijnen

Voor het bepalen van de termijn waarbinnen recht bestaat op vergoeding zoals omschreven in de desbetreffende artikelen van de nieuwe aanvullende verzekering, zijn ook de reeds gedane uitkeringen van de vorige aanvullende verzekering van toepassing.

3 Omvang van de dekking

3.1 Acnebehandeling

3.1.1 Behandeling van acne.

Vergoeding:

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. De daarvoor benodigde middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van ernstige vormen van acne in het gelaat en/of hals. Op verwijzing van de huisarts of medisch specialist. Deze verwijzing stuurt u mee met de declaratie. Uit de declaratie moet blijken om welk

zorgprofiel het gaat. Het zorgprofiel beschrijft per acnesoort, de bijbehorende zorgbehoefte, welke behandelaar de zorg verleent, het aantal benodigde behandelingen en het type behandeling. De behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut. In 2016 mag de behandeling ook nog worden uitgevoerd door een schoonheidsspecialist. Vanaf 2017 zal deze behandeling door een schoonheidsspecialist niet meer worden vergoed.

3.2 Antroposofische en homeopathische geneeswijzen en osteopathie

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.2.1 tot en met 3.2.12 tezamen gemaakte kosten voor antroposofische en homeopathische geneeswijzen en osteopathie.

Voorwaarden:

Onderzoek en behandeling kan tevens plaatsvinden in de volgende buitenlandse klinieken: Ita Wegman en Lukas Klinik in Zwitserland en Herdecke, Havelhöhe en Filderklinik in Duitsland. Behandelingen in deze klinieken dienen vooraf door de behandelend (huis)arts bij de afdeling Zorg voor Zorg te worden aangevraagd. Deze buitenlandse behandelingen dienen ter vervanging van behandelingen in een Nederlands ziekenhuis of ZBC en worden vooraf op toegevoegde waarde getoetst. Slechts de antroposofische zorg wordt ten laste van deze verzekering vergoed, tot het geldende en nog niet genoten maximum bedrag.

Voor artikel 3.2.3 tot en met 3.2.12 geldt dat onderzoek en behandeling door een antroposofisch therapeut uitsluitend worden vergoed na doorverwijzing van een antroposofisch of homeopathisch arts, een huisarts of een medisch specialist. De doorverwijzing dient samen met de nota ingestuurd te worden.

Toelichting:

Alternatieve geneesmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking volgens artikel 3.11. Laboratoriumkosten die zijn aangevraagd door een antroposofisch of homeopathisch genezer komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.2.1 Antroposofie

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Antroposofische artsen (NVAA).

3.2.2 Homeopathie

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van Homeopatisch Artsen (VHAN).

3.2.3 Actief beeldende therapie

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij de beroepsvereniging voor Actief Beeldende Therapeuten (Sampo).

3.2.4 Antroposofische fysiotherapie

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapie (NVAF).

3.2.5 Antroposofische psychotherapie

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging ter bevordering van Antroposofische Psychotherapie (NVAP).

3.2.6 Antroposofische verpleegkunde

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Antroposofisch Verpleegkundigen (V&VN AZ)

3.2.7 Chirofonietiektherapie

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Chirofonietiektherapie (NVCAG)

3.2.8 Diëtiëk

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVDA).

3.2.9 Euritmietherapie

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Euritmietherapie (NVET).

3.2.10 Kunstzinnige therapieën.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën (NVKT).

3.2.11 Osteopathie.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO, alleen erkende leden).

3.2.12 Psychosociale hulpverlening

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij beroepsvereniging Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA)

3.3 Automatische Externe Defibrillator pads

3.3.1 Automatische Externe Defibrillator pads

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Vergoeding wordt verleend voor de vervanging van de pads. De automatische externe defibrillator is gebruikt voor een verzekerde in een noodsituatie.

3.4 Begeleiding en nazorg bij kanker

3.4.1 Deelname aan het programma Herstel & Balans voor (ex-)kankerpatiënten.

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

Voorwaarden:
Uitgevoerd door in Nederland gevestigde instellingen onder licentie van de Stichting Herstel & Balans. Op voorschrift van de behandelend medisch specialist.

Toelichting:
Meer informatie vindt u op www.herstelenbalans.nl. Care for Cancer wordt vergoed vanuit de zorgverzekering.

3.5 Besnijdenis

3.5.1 Besnijdenis.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

U heeft een verwijzing van de behandelend huisarts of medisch specialist.
Er dient sprake te zijn van een medische noodzaak, waarbij de aanleiding niet voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum of door een huisarts.

Toelichting:

Een besnijdenis krijgt u uitsluitend vergoed, als u op het moment van uw eerste bezoek hiervoor bij een medisch specialist, al op deze aanvullende verzekering verzekerd was.

3.6 Brillen of contactlenzen

Wanneer vergoeding wordt verleend op basis van artikel 3.6.1, dan vervalt het recht op vergoeding volgens artikel 3.6.2 en vice versa.

3.6.1 Bril, brillenglazen of montuur

Vergoeding:
Tot € 200,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:

Vanaf 1,5 of meer dioptrieën per oog. Per 36 maanden kan er één bril of één montuur of één paar brillenglazen gedeclareerd worden. Indien verzekerde alleen een montuur declareert dient er ook sprake te zijn van een afwijking van 1,5 of meer dioptrieën per oog. De bril, brillenglazen of montuur dienen te worden geleverd door een opticien en/of optometrist.

Toelichting:

De periode van 36 maanden gaat in op de leverdatum van de brillenglazen, bril of montuur die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

Het aantal dioptrieën per oog wordt als volgt berekend:

- Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,5 dioptrieën)
- Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,0 dioptrieën)

- Als door middel van de sferische en cilindrische waarde niet aan de dioptrie-eis wordt voldaan kan bij meefocusbrillen de additionele waarde worden meegenomen in de berekening. Deze wordt alleen bij de sferische waarde opgeteld. (bv. sferisch +0,5, cilindrisch +0,5 en additie +1,0 = +1,5 dioptrieën)

3.6.2 Contactlenzen.

Vergoeding:
Tot € 100,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:

Vanaf 1,5 of meer dioptrieën. De lenzen dienen te worden geleverd door een opticien en/of optometrist.

Toelichting:

De periode van 36 maanden gaat in op de leverdatum van de eerste aanschaf van de contactlenzen die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

Het aantal dioptrieën per oog wordt als volgt berekend:

- Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,5 dioptrieën)

- Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch -2,0 = -2,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,0 dioptrieën)

- Als door middel van de sferische en cilindrische waarde niet aan de dioptrie-eis wordt voldaan kan bij meefocusbrillen de additionele waarde worden meegenomen in de berekening. Deze wordt alleen bij de sferische waarde opgeteld. (bv. sferisch +0,5, cilindrisch +0,5 en additie +1,0 = +1,5 dioptrieën)

3.6.3 Korting bij Eye Wish Opticiens**Korting:**

Indien een bril of contactlenzen bij Eye Wish Opticiens worden gekocht bestaat recht op korting.

Toelichting:

De exacte kortingen bij Eye Wish Opticiens zijn te vinden op www.amersfoortse.nl.

3.7 Buitenland**3.7.1 Tijdens tijdelijk verblijf.**

3.7.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een zorgverzekering te boven gaan en de zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:

- Volledig voor zorg in een EU-, EER- of verdragsland.
- Tot 2 maal het Nederlandse tarief voor zorg in de rest van de wereld.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland te vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Indien op grond van de zorgverzekering vergoeding wordt verleend, komt dit bedrag in mindering op het uit te keren bedrag volgens deze verzekering.

Toelichting:

Het Nederlandse tarief is het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.

Als er geen tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, geldt de in Nederland geldende marktconforme vergoeding als het Nederlandse tarief.

3.7.2 Woonachtig in het buitenland.

3.7.2.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een zorgverzekering te boven gaan.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

3.7.2.2 De zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

Toelichting:

Het woonland is het land dat lid is van de EU of EER dan wel aangemerkt wordt als verdragsland.

3.7.3 Repatriëring.

3.7.3.1 Vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat er recht op repatriëring naar een instelling in het woonland. Dit beoordeelt de arts van SOS International. Deze treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Indien nodig dient de verzekerde medewerking te verlenen aan het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is.

Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen.

3.7.3.2 Vervoer van het stoffelijk overschot, begraving of crematie ter plaatse.

Vergoeding:

Tot € 10.000,-.

Voorwaarden:

De nabestaanden dienen direct contact op te nemen of te

laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Vervoer van het stoffelijk overschot dient plaats te vinden naar de woonplaats in het woonland.

Toelichting:

In geval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar een plaats in het woonland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafeniscost of crematie ter plaatse.

Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van kosten, indien de reis naar het buitenland tot doel had een medische behandeling te ondergaan.

3.7.4 SOS Hulpverlening.

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulp en advies van SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerlei vragen op medisch gebied en kan verzekerde van advies voorzien. Als medische hulp noodzakelijk is, kunnen zij verzekerde doorverwijzen naar een betrouwbare zorginstelling in de buurt van de verblijfplaats van verzekerde.
Telefoon: 0031 (0)20 651 51 51.

3.7.5 Betaalwijze.

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

3.8 Camouflage

3.8.1 Camouflageles(sen) en de middelen die nodig zijn tijdens de les(sen).

Vergoeding:

Tot maximaal € 500,- gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent.

Voorwaarden:

In geval van een ernstige huidafwijking in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De lessen dienen te worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.9 Diëtiëk

3.9.1 Diëtiëk door een diëtist.

Vergoeding:

Vanaf het 4^e behandeluur, maximaal 4 behandeluren.

Toelichting:

Diëtiëk omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft..

De eerste 3 behandeluren worden vergoed op een zorgverzekering.

3.10 Epilatie

3.10.1 Epilatie van het gelaat en/of hals.

Vergoeding:

Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.11 Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen)

Tot € 150,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder de punten 3.11.1 tot en met 3.11.3 tezamen gemaakte kosten.

3.11.1 Wettelijke eigen bijdragen op geregistreerde geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg.

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Het geneesmiddel dient voor vergoeding in aanmerking te komen op een zorgverzekering.

3.11.2 Alternatieve geneesmiddelen en overige geregistreerde geneesmiddelen.

Vergoeding:

75% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Vergoeding voor geregistreerde geneesmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen volgens een zorgverzekering en voor alternatieve geneesmiddelen, waarvoor een vergunning is afgegeven in Nederland of Duitsland. Hieronder worden tevens verstaan toegelaten antroposofische apotheekbereidingen. Op voorschrift van antroposofisch of homeopathisch arts, een huisarts of een medisch specialist. Geleverd door apotheekhoudende..

Voor alternatieve geneesmiddelen geldt dat zij een registratie 'homeopathisch' of 'antroposofisch' in de G-Standaard van Z-index moeten hebben. Niet-geneesmiddelen, dieetpreparaten, vitamines, voeding en voedingssupplementen zoals omschreven in de G-Standaard komen niet voor vergoeding in aanmerking. Ook experimentele geneesmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Antroposofische geneesmiddelen van Wala en Weleda kunnen tevens worden geleverd door apotheken in Duitsland. Hiervoor geldt de voorwaarde van registratie in de G-Standaard van Z-index niet.

Zie voor de vergoeding van geneesmiddelen www.medicijnkosten.nl. Voor informatie over niet geregistreerde geneesmiddelen kunt u contact opnemen met de afdeling Zorg Claimbehandeling. Telefoonnummer: (033) 464 20 61. .

3.11.3 Anticonceptiepil, pessarium en anticonceptie spiraaltje.

Vergoeding:
75% tot bovengenoemd maximum bedrag.

Toelichting:
Plaatsing van een anticonceptiespiraaltje in het ziekenhuis valt onder uw zorgverzekering, hierop kan eigen risico van toepassing zijn.

3.12 Fysiotherapie en oefentherapie

Wanneer vergoeding wordt verleend op basis van artikel 3.12.1, dan wordt dit in mindering gebracht op de vergoeding volgens artikel 3.12.2 en vice versa.

3.12.1 Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:
75% voor 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Er dient sprake te zijn van medisch doelmatige zorg. Behandelingen worden uitgevoerd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.

Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut. De behandelingen voor oedeemtherapie en littekentherapie gegeven door een huidtherapeut komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van een indicatie zoals bedoeld in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering.

Toelichting:
Als er sprake is van een indicatie zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering komen de kosten vanaf de 21^{ste} behandeling voor vergoeding in aanmerking op de zorgverzekering. Een lijst van gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op www.amersfoortse.nl. Bijlage 1 is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.amersfoortse.nl.

3.12.2 Behandelingen door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:
75% van de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding voor 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Er dient sprake te zijn van medisch doelmatige zorg. Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut, geriatrisch fysiotherapeut. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut. De behandelingen voor oedeemtherapie en littekentherapie gegeven door een huidtherapeut komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van een indicatie zoals bedoeld in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering.

Toelichting:
Als er sprake is van een indicatie zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering komen de kosten vanaf de 21^{ste} behandeling voor vergoeding in aanmerking op de zorgverzekering. Bijlage 1 is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.amersfoortse.nl.

3.12.3 Screening door een fysiotherapeut of een oefentherapeut.

Vergoeding:
75%

Voorwaarden:
De screening wordt uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut, of geriatrisch fysiotherapeut.

3.13 GeboorteTENS

3.13.1 GeboorteTENS.

Vergoeding:
Volledig voor de aanschaf van een TENSapparaat bij GeboorteTens

Voorwaarden:
Ter vermindering van de pijn rondom een bevalling. Op voorschrift van de behandelend arts, gynaecoloog of verloskundige.

3.14 Hulpmiddelen

3.14.1 Eigen bijdrage voor aanschaf van orthopedische schoenen, allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en brillen en contactlenzen.

Vergoeding:
Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor deze hulpmiddelen tezamen.

Voorwaarden:
Het hulpmiddel dient te zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

Alleen de eigen bijdrage van het hoortoestel uit de categorie waarvoor de verzekerde is geïndiceerd volgens het Keuzeprotocol Hoorzorg wordt vergoed. Het Keuzeprotocol Hoorzorg is te vinden op www.amersfoortse.nl/zorg.

3.15 Kraampakket

3.15.1 Kraampakket verstrekt door de zorgverzekeraar.

Vergoeding:
De vrouwelijke verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een kraampakket ten behoeve van de bevalling. Deze dient vooraf bij de afdeling claimbehandeling te worden aangevraagd.

Voorwaarden:
De vrouwelijke verzekerde dient in de periode gelegen

tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap verzekerd te zijn bij de zorgverzekeraar.

Toelichting:

U krijgt het kraampakket toegestuurd nadat u kraamzorg bij ons heeft aangevraagd. Dit kan via www.amersfoortse.nl/zorg of via (033) 464 20 61.

3.16 Logeerhuis bij opname

3.16.1 Eigen bijdrage van verblijf van de ouders of partner in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.

Vergoeding:

Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Bij een opname in een Nederlands ziekenhuis. De opname betreft een bij de zorgverzekeraar verzekerd gezinslid van de ouders of partner.

3.17 MammaPrint

3.17.1 MammaPrint

Vergoeding:

volledig.

Voorwaarden:

De MammaPrint wordt uitgevoerd door Laboratorium Agendia. De aanvraag wordt gedaan door uw medisch specialist. De MammaPrint wordt niet vergoed als de oncologisch arts dit niet medisch noodzakelijk vindt.

3.18 Mantelzorg

3.18.1 Vergoeding van de kosten van vervangende zorg voor thuisblijvende hulpbehoevenden bij afwezigheid van de vaste mantelzorgers.

Vergoeding:

Tot 7 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

De zorg wordt geleverd door Handen in Huis (Stichting Mantelzorgvervangend Nederland te Bunnik).

Toelichting:

Handen in Huis beoordeelt of verzekerde in aanmerking komt voor vervangende zorg. Meer informatie vindt u op www.handeninhuis.nl.

3.19 Orthodontie

3.19.1 Orthodontische behandeling tot 18 jaar.

Vergoeding:

80% tot maximaal € 1.000,- gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent.

Voorwaarden:

Indien en voor zover de behandeling op grond van een zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komt. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts. De kosten van de behandelingen gedurende de eerste

12 maanden na het afsluiten van deze aanvullende verzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking als verzekerde in het jaar voor het afsluiten van de verzekering niet aanvullend verzekerd was bij De Amersfoortse of verzekerd was bij De Amersfoortse op een aanvullende verzekering waarop orthodontie niet was meeverzekerd.

3.20 Orthoptie

3.20.1 Orthoptische behandeling.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een orthoptist.

3.21 Pedicure

3.21.1 Voetverzorging door een pedicure.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Bij verzekerde die lijdt aan diabetes of reuma. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een pedicure.

3.22 Plakstrips voor mammaprothese

3.22.1 Plakstrips voor mammaprothese.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Het recht op vergoeding bestaat wanneer een zorgverzekeraar vergoeding voor een mammaprothese heeft toegekend.

3.23 Plasweccker

3.23.1 Een plasweccker en toebehoren.

Vergoeding:

Volledig bij aanschaf of maximaal 3 maanden bij huur.

Voorwaarden:

Op voorschrift van de behandelend arts.

3.24 Podotherapie/Podologie/Podoposturale therapie

3.24.1 Podotherapeutische, podologische of podoposturale behandeling.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een podotherapeut, podoloog of een podoposturaal therapeut.

3.25 Reiskosten ziekenbezoek

3.25.1 Ziekenbezoek van een verzekerde aan een

meeverzekerd gezinslid die is opgenomen in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek.

Vergoeding:
€ 0,27 per kilometer vanaf de 15^e opnamedag.

Voorwaarden:

Bij een aaneengesloten opname in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek van langer dan 2 weken. Per dag bestaat recht op vergoeding van een heen- en terugreis. De kosten van de opname dienen voor rekening van de zorgverzekeraar te komen. Vergoeding geldt voor maximaal één bezoekende verzekerde per dag aan een meeverzekerd gezinslid. Deze dekking geldt uitsluitend voor het gezinslid dat is opgenomen. Reiskosten bij opname in verband met geestelijke gezondheidszorg worden niet vergoed.

De afstand tussen het woonadres en het ziekenhuis of revalidatiekliniek wordt berekend over de kortst mogelijke route. De afstand berekenen wij via www.routenet.nl. De zorgverzekeraar dient bij declaratie in het bezit te worden gesteld van een verklaring van het ziekenhuis over het aantal ligdagen van verzekerde.

3.26 Steunzolen

3.26.1 Steunzolen of therapeutische zolen.

Vergoeding:
Volledig voor één paar steunzolen of één paar therapeutische zolen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Op voorschrift van de behandelend arts, podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut.

3.27 Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar

3.27.1 Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar.

Vergoeding:
Volledig voor tandheelkundige hulp of eigen bijdragen op de tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 18 jaar die niet vergoed worden op een zorgverzekering.
Vergoeding van orthodontie vindt plaats op basis van artikel 3.19.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

Toelichting:

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op www.amersfoortse.nl.

3.28 Therapeutische kampen

3.28.1 Verblijf in een therapeutisch astmakamp, oncologisch kamp of diabeteskamp.

Vergoeding:
Volledig voor de deelnamekosten, eenmaal per 12 maanden.

Voorwaarden:

Verzekerde dient astmatisch te zijn, te lijden aan een oncologische aandoening of diabetes en jonger dan 21 jaar te zijn. Het kamp dient plaats te vinden in Nederland.

Op voorschrift van een medisch specialist.
Het kamp moet georganiseerd worden door:

- Stichting Heppie
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen
- Diabetes Vereniging Nederland

3.29 Verloskundige hulp en kraamzorg

3.29.1 Eigen bijdrage en kosten boven maximale vergoeding voor poliklinische bevalling.

Vergoeding:
Volledig.

Toelichting:

Onder eigen bijdrage en boven maximale vergoeding wordt bedoeld de eigen bijdrage en het gemaximeerde bedrag dat uit hoofde van de zorgverzekering wordt geheven voor een poliklinische bevalling. Het verschil tussen het wettelijk tarief en het gecontracteerd tarief indien de zorg geleverd is door een niet-gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij niet. .

3.29.2 Eigen bijdrage voor kraamzorg bij opname in een ziekenhuis of kraamhotel zonder medische noodzaak.

Vergoeding:
€ 16,50 per opnamedag per verzekerde.

Toelichting:

Onder eigen bijdrage wordt bedoeld de eigen bijdrage die uit hoofde van de zorgverzekering wordt geheven voor bevalling en kraamzorg. Het verschil tussen het wettelijk tarief en het gecontracteerd tarief indien de zorg geleverd is door een niet-gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij niet. .

3.29.3 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor de vrouwelijke verzekerde bij verblijf thuis.

Vergoeding:
€ 4,20 per uur verleende zorg.

Toelichting:

Onder eigen bijdrage wordt bedoeld de eigen bijdrage die uit hoofde van de zorgverzekering wordt geheven voor bevalling en kraamzorg. Het verschil tussen het wettelijk tarief en het gecontracteerd tarief indien de zorg geleverd is door een niet-gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij niet.

3.29.4 Uitgestelde kraamzorg en couveuse nazorg.

Vergoeding:
Maximaal 4 uur per bevalling.

Voorwaarden:

De zorg moet medisch geïndiceerd zijn door een medisch specialist of huisarts. De zorg wordt verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende.

3.29.5 Kraamzorg bij adoptie.

Vergoeding:
Maximaal 4 uur per adoptie.

Voorwaarden:

Kraamzorg is van toepassing op adoptiekinderen jonger dan 6 maanden en wordt uitgevoerd door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden gediplomeerde kraamverzorgende.

4 Omvang van de dekking Preventie

4.1 Cursussen

4.1.1 Cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging.

Vergoeding:

Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Cursussen dienen te worden gegeven door een thuiszorgorganisatie of een patiëntenvereniging die is aangesloten bij een landelijk of regionaal Patiënten en Consumenten Platform. Een cursus is een reeks van lessen die gericht is op het verbeteren van de gezondheid van verzekerde of die verzekerde leert omgaan met zijn of haar ziekte. Verzekerde dient een bewijs van aanmelding, betaling en een certificaat te overleggen.

4.2 Preventieve geneeskunde

4.2.1 Preventieve onderzoeken naar hart- en bloedvaten en cholesterol.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Onderzoeken dienen te worden uitgevoerd door de huisarts of door Meditel.

4.2.2 Kosten van preventieve vaccinaties voor griep, hepatitis-B en meningokokken.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Vaccinaties worden toegediend door huisarts of Meditel.

Toelichting:

Meer informatie kunt u vinden op www.meditel.nl.

5 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

5.1 Na-u-clausule

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

5.2 Samenloop

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;

- enigerlei subsidieregeling;

- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

5.3 Wlz

verstrekkingen krachtens de Wlz waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de Wlz zouden komen;

5.4 Eigen bijdrage Wlz

eigen bijdragen krachtens de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

5.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

5.6 Preventieve geneeskunde

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 4.2;

5.7 Preventieve onderzoeken

voor behandelingen en onderzoeken die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken;

5.8 Celtherapie

de kosten van celtherapie;

5.9 Fitness

de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;

5.10 Behandeling binnen een gezin

de kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij De Amersfoortse hiervoor toestemming heeft verleend;

5.11 Dekking

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling of verstrekking bepalend is;

5.12 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de zorgverzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking) zie clausule terrorismedekking;

5.13 Atoomkernreacties

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

5.13.1 De uitsluiting onder 5.13 geldt niet met betrekking tot 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, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225).

5.13.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 5.13.1 geen toepassing.

6 Diensten Zorg voor Zorg

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Zorg voor Zorg. Zorgbemiddeling houdt in dat zij actief op zoek gaan om binnen redelijke termijn kwalitatief goede zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een ZBC), het regelen van hulpmiddelen en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Zorg voor Zorg is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 20 61 en via zorgadvies@amersfoortse.nl.

7 Algemeen

7.1 Bedenktijd

De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst zonder opgave van redenen te ontbinden in de volgende twee gevallen:

- Binnen 14 dagen nadat de overeenkomst tot stand is gekomen.
 - Als de overeenkomst later tot stand komt, binnen 14 dagen nadat de eerste polis is ontvangen.
- Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

7.2 Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer en/of verzekerde kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer en/of verzekerde alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekeringnemer en/of verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekeringnemer en/of verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft de zorgverzekeraar tevens het recht de verzekering op te zeggen.

7.3 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

7.4 Privacyreglement

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector. Meer informatie hierover vindt u in het privacystatment op www.amersfoortse.nl/zorg.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij de gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 91627, 2509 EE te Den Haag.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

7.5 Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

7.6 Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

7.7 Aanvullende verzekering kinderen.

De verzekerde jonger dan 18 jaar is verzekerd op dezelfde aanvullende verzekering als de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer. Bij wijziging van de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer, wijzigt de aanvullende verzekering van de verzekerde jonger dan 18 jaar automatisch mee.

7.8 Materiële controle

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

7.9 DBC--Zorgproduct

Voor de vaststelling van de vergoeding worden de DBC en het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

8 Premie

8.1 Premie verschuldigd

Krachtens deze aanvullende zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

8.2 Leeftijdsafhankelijke premie

Hoeveel premie wordt betaald, hangt af van de leeftijd. Als een leeftijdsgrens wordt overschreden wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar.

8.3 Leeftijdsbepaling

Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

8.4 Premierestitutie

Behalve bij opzegging door de zorgverzekeraar wegens het opzettelijk misleiden van de zorgverzekeraar, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

9 Premiebetaling en betalingsachterstand

9.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding. Hebt u ons gemachtigd om de premie automatisch af te schrijven van het door u opgegeven rekeningnummer? Dan schrijven wij het door u te betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van uw rekening. Als de polis is opgemaakt met een ingangsdatum in het verleden, dan wordt de openstaande premie in één keer geïncasseerd. Dit gebeurt binnen 30 dagen. De hoogte van de premie vindt u op het polisblad dat u van ons ontvangt.

Indien is gekozen voor premiebetaling per jaar, halfjaar of kwartaal en de betaling is niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen voldaan, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor de

premiebetalingstermijn om te zetten in maandbetaling. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.

9.2 Betalingsachterstand

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, zal de verzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning. Indien geen betaling plaatsvindt binnen deze periode, zal de verzekeraar een tweede aanmaning versturen onder de mededeling dat bij niet tijdige betaling de aanvullende verzekering wordt beëindigd. Alleen de (basis)zorgverzekering blijft dan van kracht. Het is de maatschappij toegestaan om het achterstallige bedrag te verrekenen met aan verzekerde te betalen vergoedingen.

Het is mogelijk om een nieuwe aanvullende verzekering aan te vragen, als de totale premieachterstand en de wettelijke incassokosten en rente aan de gerechtsdeurwaarder betaald zijn. De ingangsdatum wordt 1 januari van het volgende jaar...

9.3 Onderbreking van de dekking bij detentie

De verzekering wordt onderbroken gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

10 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

10.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor de zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan de zorgverzekeraar te melden.

10.2 Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

10.3 Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van de zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

10.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen 3 jaren gerekend vanaf de behandeldatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

10.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden

ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden.

11 Declaraties en onderbreking van de dekking

11.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen.

11.2 Verschuldigde bedragen

De in artikel 11.1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

11.3 Vordering in het algemeen

De in artikel 11.2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer hiervan bericht heeft ontvangen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

11.4 Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Indien er tevens betalingsachterstand bestaat volgens art. 9.2 heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de aanvullende verzekering voorrang op de schorsing zoals hierboven beschreven. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

12 Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;

- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Indien de zorgverzekeraar de kosten met succes verhaalt, worden eventuele maximumvergoedingen in deze aanvullende verzekering niet ten gunste van de verzekerde aangepast.

13 Fraude

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie, de NZa en/of iSZW.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van a.s.r.

14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

14.1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

14.2 Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn

of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welke aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

15 Herziening van premie of voorwaarden

15.1 Herziening

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling.

15.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

16 Duur van de verzekering

16.1 Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen, mits geaccepteerd. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

16.2 Looptijd

Vanaf 1 januari voor onbepaalde tijd, met jaarlijks de mogelijkheid om de verzekering op te zeggen.

16.3 Einde van de verzekering

16.3.1 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

16.3.1.1 Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 9.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 9.2 betalingsachterstand, te beëindigen;

16.3.1.2 Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 13, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/of verzekerde daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

16.3.2 Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op, de opzegging moet uiterlijk 31 december

door de zorgverzekeraar zijn ontvangen;

- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice.

Als de verzekeringnemer uiterlijk op 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende jaar, zegt de nieuwe zorgverzekeraar de oude aanvullende verzekering op. Indien de verzekeringnemer niet wenst dat de nieuwe verzekeraar namens de verzekeringnemer de oude verzekering beëindigt dient verzekeringnemer dat aan te geven op het aanvraagformulier van de nieuwe verzekering.

16.3.2.1 Indien de verzekeringnemer de aanvullende zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

16.3.2.2 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 15.1 akkoord gaat.

Verzekeringnemer dient de verzekering dan binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 15.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;

- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;

- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;

- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

16.3.2.3 Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;

16.3.2.4 Indien de bij de zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering eindigt, kan verzekeringnemer de aanvullende verzekering eveneens laten eindigen. In dit geval eindigt de aanvullende verzekering gelijktijdig met de zorgverzekering. Opzegging van de aanvullende verzekering dient schriftelijk te geschieden en is mogelijk tot uiterlijk de datum waarop de zorgverzekering eindigt.

16.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

16.3.3.1 De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

16.3.3.2 De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.

17 Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om herooverweging

Bent u het niet eens met een beslissing van De Amersfoortse? Dan kunt u ons vragen om deze beslissing

te heroverwegen. Dit kan door een e-mail te sturen naar zorg.medisch@amersfoortse.nl. Ook kunt u een brief sturen aan De Amersfoortse, t.a.v. de afdeling Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht of met ons bellen op (033) 464 20 61.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en bent u het daar niet mee eens? Dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen.

U kunt met uw verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klachten

Hebt u een klacht, neemt u dan eerst contact op met uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt, zo nodig in overleg met De Amersfoortse, naar een passende oplossing.

Als het overleg met uw verzekeringsadviseur geen oplossing biedt, kunt u een klacht bij ons indienen. Dit kan via het klachtenformulier op onze website www.amersfoortse.nl/zorg of door een brief te sturen aan De Amersfoortse Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. U kunt ons ook bellen op (033) 464 20 61.

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg uw klacht dan ook voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

18 Bepalingen in verband met collectiviteit

18.1 Beëindiging lidmaatschap

Als van een verzekerde het lidmaatschap eindigt, wordt de verzekering zonder selectie voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering. De beëindiging van het lidmaatschap dient voor de datum van beëindiging van de verzekering te worden gemeld bij de zorgverzekeraar. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet. Bij het beëindigen van de polis vervallen tevens alle kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel.

18.2 Afbreuk collectief karakter

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het collectieve karakter van het contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

Belangrijke informatie:

De Amersfoortse Verzekeringen:

www.amersfoortse.nl/zorg
Telefoon: (033) 464 20 61

Afdeling Acceptatie

Email: zorg.polis@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg Claimbehandeling

Email: zorg.declaraties@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg voor Zorg

Email: zorgadvies@amersfoortse.nl