

Polisvoorwaarden 2012 Aanvullende Verzekeringen

Aevitae Plus Pakket, Aevitae Top Pakket, Aevitae Vip Pakket,
Aevitae Tandarts Pakketten, Aevitae Klasse Pakket

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Aevitae Plus, Top en Vip Pakket, Aevitae Tandarts en Klasse Pakket	2	Artikel 7	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck 15
Artikel 1	2	Artikel 8	Gewichtsconsulent 15
Artikel 2	4	Artikel 9	Herstel en Balans 15
Artikel 3	6	Artikel 10	Huidbehandelingen 15
Artikel 4	7	Artikel 11	Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen 16
Artikel 5	7	Artikel 12	Kuuroorden 16
Artikel 6	7	Artikel 13	Ooglidcorrectie 16
Artikel 7	8	Artikel 14	Orthodontie 17
Artikel 8	9	Artikel 15	Plastische chirurgie 17
		Artikel 16	Preventie 17
Vergoedingen	10	Artikel 17	Sterilisatie 17
Aevitae Plus Pakket	10	Artikel 18	Stottertherapie 17
Artikel 1	10	Artikel 19	Verblijf 18
Artikel 2	10	Artikel 20	Verloskunde en kraamzorg 18
Artikel 3	10	Artikel 21	Voetbehandeling/podotherapie 18
Artikel 4	11		
Artikel 5	11	Aevitae Vip Pakket	19
Artikel 6	11	Artikel 1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen 19
Artikel 7	11	Artikel 2	Anticonceptie vanaf 21 jaar 19
Artikel 8	11	Artikel 3	Buitenland Wereldwijd 19
Artikel 9	11	Artikel 4	Bijzondere voedingsmiddelen 20
Artikel 10	12	Artikel 5	Circumcisie 20
Artikel 11	12	Artikel 6	Dieetadvisering 20
Artikel 12	12	Artikel 7	Eerstelijns psychologische zorg 20
Artikel 13	13	Artikel 8	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck 20
		Artikel 9	Gewichtsconsulent 20
Aevitae Top Pakket	14	Artikel 10	Herstel en Balans 21
Artikel 1	14	Artikel 11	Huidbehandelingen 21
Artikel 2	14	Artikel 12	Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen 21
Artikel 3	14	Artikel 13	Kuuroorden 21
Artikel 4	14	Artikel 14	Ooglaseren 22
Artikel 5	15	Artikel 15	Ooglidcorrectie 22
Artikel 6	15	Artikel 16	Orthodontie 22
		Artikel 17	Overgangsconsulent 22
		Artikel 18	Plastische chirurgie 22

	pag.		pag.
		Aevitae Tandarts Pakketten	25
Artikel 19	Preventie	22	
Artikel 20	Sterilisatie	23	
Artikel 21	Stottertherapie	23	
Artikel 22	Verblijf	23	
Artikel 23	Verloskunde en kraamzorg	24	
Artikel 24	Voetbehandeling/podotherapie	24	
		Aevitae Klasse Pakket	25

Aevitae Plus, Top en Vip Pakket, Aevitae Tandarts en Klasse Pakket

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekering wordt verstaan onder:

- 1 Aevitae:** de gevolmachtigde agent aan wie door de verzekeraar volmacht als bedoeld in artikel 1 sub o van de Wet financiële dienstverlening (Wfd) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.
- 2 Ambulancevervoer:** het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.
- 3 Apotheehouder huisarts:** een huisarts die volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot het uitoefenen van de artseneijbereidkunst.
- 4 Apotheeker:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 5 Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 6 Audiologisch centrum:** een als zodanig toegelaten instelling.
- 7 AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 8 AWBZ-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.
- 9 Bedrijfsarts:** een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, en met wie of waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 10 Bekkenfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 11 Besluit zorgverzekering:** Besluit van 28 juni 2005 inclusief alle wijzigingen tot 01-01-2010 houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zvw.
- 12 Centrum voor bijzondere tandheelkunde:** een universitair of een door de zorgverzekeraar daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- 13 Centrum voor erfelijkheidsadvies:** een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
- 14 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering:** een overeenkomst gesloten tussen Aevitae namens de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een Zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.
- 15 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.
- 16 Diëtist:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist.

- 17 **Eigen risico:** een door de verzekeringnemer met Aevitae als onderdeel van de Zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.
- 18 **Ergotherapeut:** degene die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut.
- 19 **Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- 20 **Fraude:** het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.
- 21 **Fysiotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.
- 22 **Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit Zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
- 23 **Huidtherapeut:** degene met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool van Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.
- 24 **Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).
- 25 **Hulpmiddelen:** de op grond van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- 26 **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, dan wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.
- 27 **Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 28 **Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 29 **Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.
- 30 **Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
- 31 **Kraamzorghotel:** een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.
- 32 **Logopedist:** degene die op grond van artikel 10 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel logopedist.
- 33 **Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door Aevitae namens de zorgverzekeraar wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
- 34 **Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 35 **Medisch specialist:** een arts die is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 36 **NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.
- 37 **Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 38 **Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.
- 39 **Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 40 **Regeling zorgverzekering:** Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.
- 41 **Revalidatie-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling.
- 42 **Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 43 **Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.
- 44 **Transmurale DBC:** het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties onder regie van een huisarts of een ander orgaan voor gezondheidszorg, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de huisarts of een ander orgaan voor gezondheidszorg consulteert en voor welk geheel van prestaties, verleend door de onderscheiden zorgaanbieders, één tarief geldt. Deze DBC geldt voor specifieke patiëntengroepen, waarvoor in een aantal regio's in Nederland specifieke zorg- en prijsafspraken zijn gemaakt.
- 45 **Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.
- 46 **Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië, Turkije en Japan.
- 47 **Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 48 **Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 49 **Verzekerde:** degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door Aevitae, is vermeld.
- 50 **Verzekeringnemer:** degene die met de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten.

- 51** **Verzekeringsplichtige:** degene die op grond van de Zvw verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.
- 52** **Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering/verzekeringsvoorwaarden:** deze modelovereenkomst als bedoeld in artikel 11 van de Zvw van de zorgverzekeraar.
- 53** **Zorgverzekering:** een tussen Aevitae namens de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
- 54** **Voorkeursleverancier:** een leverancier waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.
- 55** **Wet BIG:** de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.
- 56** **Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door de Nederlandse zorgautoriteit volgens de Wet marktordening gezondheidszorg.
- 57** **Zelfstandig behandelcentrum:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.
- 58** **Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.
- 59** **Zorg:** zorg of overige diensten.
- 60** **Zorghotel:** een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet Toelating Zorginstellingen deze stelt aan een zorghotel.
- 61** **Zorgpolis:** de akte waarin de zorgverzekering is vastgelegd.
- 62** **Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 63** **Zvw:** de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 GRONDSLAG

De Zorgverzekering is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan Aevitae zijn verstrekt. Aevitae verstrekt de verzekeringnemer en, als deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de Zorgverzekering, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een zorgpolis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de onderscheiden verzekeringen:

Aevitae Plus pakket;
 Aevitae Top pakket;
 Aevitae Vip pakket;
 Aevitae Tandarts Pakketten;
 Aevitae Klasse Pakket;

2.2 COLLECTIEVE OVEREENKOMST VAN ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

De bepalingen van de collectieve overeenkomst prevaleren indien en voorzover 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.

2.3 WERKGEBIED

De Zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

2.4 MEDISCHE NOODZAAK

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts als en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.5 DOOR WIE MAG DE ZORG WORDEN VERLEEND

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voor in deze voorwaarden.

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, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. 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.

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, zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder die geen contract met ons heeft afgesloten, houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

- 2.6** **HOOGTE VERGOEDING VOOR ZORG VERLEEND DOOR EEN NIET-GECONTRACTEERDE ZORGAANBIEDER**
Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2012, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U kunt de maximale vergoedingen raadplegen op de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders t2012. Deze lijst kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen, kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten 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. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

- 2.7** **ONTLEENEN RECHT**
Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg bestaat uitsluitend als en zolang aan de Zorgverzekering rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. 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. Als er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

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

- 2.8.2** Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden of gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:
1. er aangifte wordt gedaan bij de politie;
 2. de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
 3. er een registratie plaatsvindt in het tussen financiële instellingen gangbare waarschuwingssysteem. Een eventueel al gedane uitkering (waaronder ook begrepen kosten) zal worden teruggevorderd.

- 2.9** **AANSPRAAK OP ZORG EN OVERIGE DIENSTEN ALS GEVOLG VAN TERRORISTISCHE HANDELINGEN**
2.9.1 Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar door dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen voor de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT. Dit clausuleblad maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.aevitae.com.
- 2.9.2** Als na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in lid 2.6.1, recht op prestaties van een bij Regeling zorgverzekering, bedoeld in artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, te bepalen omvang.

- 2.10** **REGISTRATIE PERSOONSgegevens**
Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruiken wij voor het aangaan en uitvoeren van uw 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.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC te Zeist.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw 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 ons 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. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.

- 2.II** KENNISGEVINGEN
Kennisgevingen gericht aan het laatst bij Aevitae bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer of de verzekerde te hebben bereikt.
- 2.I2** VOORRANGSBEPALING
Voorzover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw bepaalde van invloed is of moet zijn op de Zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw voor.
- 2.I3** INTERPRETATIE
De Zvw en het Besluit zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetgeschiedenis, bepalend.
- 2.I4** NEDERLANDS RECHT
Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Premie

- 3.1** PREMIE
De premie, alsmede de premiekortingen behorend bij deze verzekeringsvoorwaarden, zijn opgenomen in de jaarlijks aan te passen premiebijlage, die onderdeel uitmaakt van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 3.2** PREMIE COLLECTIEVE OVEREENKOMST VAN ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
Als er sprake is van een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering verleent de zorgverzekeraar een korting op de premiegrondslag waarbij rekening wordt gehouden met de bepalingen op grond van de Zvw.
De premies en voorwaarden, zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering, zijn van toepassing vanaf de dag waarop deze overeenkomst van toepassing wordt op de verzekerde, tot de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan deze collectieve overeenkomst. De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde kan alleen deelnemen aan één collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.
De verzekeringsvoorwaarden, waaronder de premie(betaling), zoals die gelden voor de individuele overeenkomst gaan in op de dag volgend op de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de betreffende collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.
- 3.3** VERSCHULDIGDHEID VAN PREMIE
De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
- 3.4** BETALING VAN PREMIE
De verzekeringnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen op de bij de aanmelding overeengekomen wijze bij vooruitbetaling te voldoen.
- 3.5** VORDERING
Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van Aevitae te ontvangen bedrag.
- 3.6** OVERLIJDEN
Ingeval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.
- 3.7** NIET TIJDIG BETALEN
- 3.7.1** Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan Aevitae onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. Ingeval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning. Behalve in geval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op prestaties vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid 3.7.5, door Aevitae zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- 3.7.2** Als de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid 3.7.1 niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kan Aevitae de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. De Zorgverzekering wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.7.3** In afwijking van lid 3.7.1 kan Aevitae, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand en de aanvangspremie niet binnen een termijn van 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek is betaald, de dekking schorsen. In dat geval gaat de schorsing in op de dag dat de Zorgverzekering van kracht wordt. Als de Zorgverzekering terugwerkt naar een dag, gelegen vóór het tijdstip waarop de verzekeringnemer het verzoek om een zorgverzekering te sluiten heeft gedaan, en niet binnen een termijn van 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek is betaald, gaat de schorsing in op de dag waarop de Zorgverzekering van kracht wordt.
Als de dekking is opgeschort, kan Aevitae de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. De Zorgverzekering wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.7.4** Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan.
- 3.7.5** Als Aevitae maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 4 Overige verplichtingen

4.1 VERPLICHTING

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- de behandelend huisarts, medisch specialist of tandarts-specialist te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van Aevitae;
- aan Aevitae, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, die nodig is voor de uitvoering van de Zorgverzekering;
- Aevitae te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt Aevitae in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Aevitae. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor de zorgverzekeraar en/of Aevitae in zijn belangen kan worden geschaad;
- Aevitae onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer;
- ingeval van vergoeding van de kosten van zorg, de originele nota's binnen drie jaar na dagtekening bij Aevitae in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Aevitae is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder;
- een op grond van deze verzekeringsvoorwaarden vereiste verwijzing over te (laten) leggen, als Aevitae hierom vraagt.

4.2 BELANGEN

Wanneer de belangen van de zorgverzekeraar en/of Aevitae worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 4.1 genoemde verplichtingen kan de zorgverzekeraar de prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, schorsen.

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 WIJZIGING VOORWAARDEN

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden en premie van de bij hem lopende zorgverzekeringen te wijzigen. Aevitae doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere Zorgverzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. Tot 1 juli 2009 geldt dat bij wijziging van de premiegrondslag deze niet eerder in werking treedt dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld. Vanaf 1 juli 2009 geldt dat bij wijziging van de premiegrondslag deze niet eerder in werking treedt dan 6 weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

5.2 OPZEGGINGSRECHT

Als de zorgverzekeraar de voorwaarden en/of de premiegrondslag van de Zorgverzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, als een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zvw gestelde regels.

Artikel 6 Ingang, duur en beëindiging

6.1 INGANG EN DUUR

De verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum en wordt gesloten voor het jaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 UITBREIDING VERZEKERING

Uitbreiding naar een andere verzekering, waaraan de verzekerde meer rechten kan ontleen, is mogelijk per 1 januari van het volgende kalenderjaar (met inachtneming van de collectieve afspraken). Al dan niet na medische selectie.

6.3 EINDE VAN RECHTSWEGE

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

6.3.1 de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden;

6.3.2 de verzekerde overlijdt.

6.3.3 De verzekeringnemer stelt Aevitae onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder 6.3.2 gestelde, tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Indien Aevitae op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.

6.4 OPZEGGING DOOR DE VERZEKERINGNEMER

De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen:

- schriftelijk of per e-mail per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij de opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

- 6.5 OPZEGGING DOOR AEVITAE**
Aevitae kan de verzekering opzeggen of schorsen:
- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie;
- indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet Aevitae te misleiden of indien Aevitae geen verzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. Aevitae kan de verzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. Aevitae is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of hij kan de uitkering verminderen. Aevitae kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.
- 6.6 GEZONDHEIDSRISICO**
Aevitae kan de verzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwarende van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.
- 6.7 WIJZE VAN OPZEGGEN**
Zowel de verzekeringnemer als Aevitae kan de verzekering slechts schriftelijk opzeggen.
- 6.8 BEWIJS VAN EINDE**
Als de Zorgverzekering eindigt, verstrekt Aevitae de verzekeringnemer en, als deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de Zorgverzekering, waarop wordt aangetekend:
- naam, adres, woonplaats en sociaal-fiscaalnummer/burgerservicenummer van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de Zorgverzekering eindigt;
- of voor verzekerde op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag;
- de reden, als deze is dat de verzekeringsplicht eindigt.

Artikel 7 Uitsluitingen

- Er bestaat geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg:
- 7.1** die verband houden 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;
- 7.2** van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 7.3** die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 7.4** die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 7.5** waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, indien de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- 7.6** 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;
- 7.7** waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;
- 7.8** veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie;
- 7.9** 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 kern installatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voorzover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- 7.10** of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae;
- 7.11** die op basis van het Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden (NHT) niet of slechts ten dele voor vergoeding in aanmerking komen. Het Clausuleblad terrorisme bij de NHT maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Artikel 8 Klachten en geschillen

8.1 KLACHTEN EN GESCHILLEN OVER DE UITVOERING VAN DE ZORGVERZEKERING

8.1.1 Klachten en geschillen over de uitvoering van de Zorgverzekering kunnen aan Aevitae worden voorgelegd.

8.1.2 Klachten zoals genoemd onder lid 9.1.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van Aevitae en Aevitae zijn definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), ter attentie van de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl.
De ombudsman bemiddelt bij klachten, maar brengt geen bindend advies uit.

8.1.3 Als naar het oordeel van Aevitae een klacht dient te worden beschouwd als een geschil (dat wil zeggen een verzoek om heroverweging van een beslissing), wordt dit aan de indiener meegedeeld.

8.1.4 Geschillen kunnen, nadat de verzekeringnemer of de verzekerde Aevitae schriftelijk heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen een termijn van 30 dagen of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), ter attentie van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl.

8.1.5 De Geschillencommissie Zorgverzekeringen vraagt verplicht advies aan het College voor zorgverzekeringen als het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 van de Zvw, of de vergoeding van de kosten van die zorg of diensten. De onafhankelijke instantie ontvangt dit advies zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen vier weken na de adviesaanvraag.

8.2 KLACHTEN OVER FORMULIEREN VAN AEVITAE EN/OF DE ZORGVERZEKERING

8.2.1 Klachten over de Aevitae en/of de zorgverzekeraar gehanteerde formulieren kunnen aan Aevitae worden voorgelegd.

8.2.2 Klachten zoals genoemd onder lid 9.2.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van Aevitae en Aevitae en/of de zorgverzekeraar zijn definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl.
Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de verzekeringnemer of verzekerde overbodig of onnodig ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de verzekeringnemer, verzekerde, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar tot bindend advies. Op de website van de NZa, www.nza.nl, is aangegeven op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

Vergoedingen

Aevitae Plus Pakket

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden € 300,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben en voorkomen op de lijst Homeopathisch Geregistreerd Geneesmiddel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP);
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.

Artikel 2 Anticonceptie vanaf 21 jaar en SOA-preventie

Anticonceptie

Wij vergoeden:

- de kosten van anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder (zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium) tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden:

- de kosten alleen indien het anticonceptiemiddel is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en is verstrekt door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- de eigen bijdrage voor de anticonceptiepil tot een maximum € 50,00 per kalenderjaar;

SOA-preventie

- Jaarlijkse vergoeding tot € 50,00 voor de aanschaf van condooms;
- Eenmalige vergoeding voor kosten van een SOA preventieconsult per jaar.

Artikel 3 Buitenland Wereldwijd

A Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf van ten hoogste 12 maanden tot maximaal 200% van de in Nederland geldende gemiddelde tarieven. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de basisverzekering. De te verlenen vergoeding vanuit dit artikel heeft een aanvullend karakter.

B Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- De kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

De vergoeding bedraagt maximaal € 3.500,00 per gebeurtenis.

De kosten van vervoer van een stoffelijk overschot is gemaximeerd tot € 3.500,-.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag gaan wij uit van de koers van de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.

C Vaccinaties

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de ziekten bij een (vakantie)reis naar het buitenland tot een maximum van € 200,00 per persoon per kalenderjaar.

D Aevitae Inentingsadvies

Aevitae verzekerden die naar het buitenland reizen, kunnen een advies inzake inenting krijgen. Daarnaast kunnen wij u doorverwijzen naar instanties waar de verzekerde de benodigde vaccinaties tegen de gunstigste tarieven kan verkrijgen (rekening houdend met een maximale reisafstand). Voor nadere informatie over Aevitae inentingsadvies kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 32.

E Aevitae Reisarts

De reisarts is een extra dienst waarbij Aevitae verzekerden vanuit het buitenland telefonisch contact kunnen opnemen met een Nederlands sprekende arts met vragen over de gezondheid. Voor spoedeisende hulp blijft de alarmcentrale het eerste aanspreekpunt. Voor nadere informatie over de Aevitae reisarts kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 33.

Artikel 4 Diabetes testmaterialen

Als u diabetes mellitus type II hebt en geen gebruik maakt van insuline, dan kunt u tegen geringe bijbetaling diabetes testmaterialen bij onze voorkeursleveranciers bestellen. Het startpakket bestaat uit: tien teststrips, tien lancetten, een prikpen en een bloedglucosemeter.

Wij vergoeden:

- een startpakket, eigen bijdrage € 10,00;
- teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt een eigen bijdrage van € 15,00.

Als u insuline gebruikt, dan krijgt u de diabetes testmaterialen vergoed vanuit de Zorgverzekering. Zie hiervoor ons Reglement hulpmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

De testmaterialen dienen geleverd te worden door onze voorkeursleveranciers. De voorkeursleveranciers kunt u vinden in de Zorggids op onze website.

Artikel 5 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van dieetadvisering met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Wij vergoeden ten hoogste 2 behandelingen per kalenderjaar.

Artikel 6 Eerstelijns psychologische zorg

Als aanvulling op het aantal zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de zorgverzekering vergoeden wij maximaal € 120,00 per kalenderjaar. Er wordt geen vergoeding verleend voor de eigen bijdrage van € 20,00 per zitting.

Artikel 7 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden maximaal € 250,00 per kalenderjaar voor:

- De kosten van behandeling door een fysiotherapeut;
- De kosten van behandeling door een oefentherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut gaat met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk;
- De vergoeding wordt gemaximeerd tot het bedrag dat tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder overeengekomen is.
- Indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste 80% van de gecontracteerde tarieven, zoals deze voor de betreffende behandelingen zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.

Uitsluitingen

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt;
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling die slechts ten doel heeft om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen zoals bijvoorbeeld sportmassage en zwangerschaps- of kraamvrouwengymnastiek.

Artikel 8 Huidbehandelingen

Acnetherapie

Wij vergoeden € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar

Camouflagetherapie

Wij vergoeden € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar voor:

- lessen in camouflage van sterk ontsierde littekens of huidvlekken in het gelaat of de hals;
- de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke;
- littekenbehandeling.

Elektrische epilatie/laserepilatie

Wij vergoeden € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat of de hals.

Oedeembehandeling

Er wordt een vergoeding verleend voor maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.

Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden € 600,00 per 3 kalenderjaren voor intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient te geschieden door een huidtherapeute die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een schoonheidsspecialiste met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie het diploma Camouflage, voor elektrisch epilieren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne.
- U moet vooraf een indicatie van de huidarts of huisarts aan ons overleggen. Indien de behandeling plaatsvindt door een schoonheidsspecialiste is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk;
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 9 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziektekostenverzekering. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- Voor een pruik maximaal € 50,00 per kalenderjaar;
- Voor plakstrips bij een mammaprothese maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese;
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen € 30,00 eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen;
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker € 25,00 per kalenderjaar;
- Voor een plaswekker (wekapparatuur) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij maximaal € 50,00 eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit de Regeling Hulpmiddelen.

Artikel 10 Preventie

Leefstijltrainingen

Wij vergoeden maximaal € 100,00 per verzekerde per kalenderjaar voor een leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Korting op fitness

Wij vergoeden eenmalig de inschrijfkosten gedurende de looptijd van de verzekering.

Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden maximaal € 114,00 één keer per 2 kalenderjaren voor de volgende behandelingen in een sportmedische instelling:

- sportmedisch onderzoek;
- blessureconsulten.

Voorwaarde voor vergoeding

De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de Federatie Sport Medische Instellingen.

Artikel 11 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 12 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie volgens de methodes Del Ferro, BOMA en Hausdörfer.

Wij vergoeden per persoon maximaal € 350,00 voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 13 Voetbehandeling/podotherapie

- Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podo-omnitherapeut, podoloog en podo-orthesioloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 125,00 per persoon per kalenderjaar. Indien de steunzolen aangeschaft worden via andere dan de hierboven genoemde zorgverleners, vergoeden wij de kosten tot maximaal € 75,00 per persoon per kalenderjaar.
- Wij vergoeden de kosten van een pedicurebehandeling t.b.v. diabetici en reumapatiënten tot € 75,00 per kalenderjaar.

Aevitae Top Pakket

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden maximaal € 400,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben en voorkomen op de lijst Homeopathisch Geregistreerd Geneesmiddel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP);
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.

Artikel 2 Anticonceptie vanaf 21 jaar

Wij vergoeden:

- de kosten van anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder (zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium) tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien het anticonceptiemiddel is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en is verstrekt door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Artikel 3 Buitenland Wereldwijd

A Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf van ten hoogste 12 maanden tot maximaal 200% van de in Nederland geldende gemiddelde tarieven. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de Basisverzekering. De te verlenen vergoeding vanuit dit artikel heeft een aanvullend karakter.

Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag gaan wij uit van de koers van de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.

B Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- De kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

De vergoeding bedraagt maximaal € 7.000,00 per gebeurtenis.

De kosten van vervoer van een stoffelijk overschot is gemaximeerd tot € 7.000,-.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

C Vaccinaties

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de ziekten bij een (vakantie)reis naar

het buitenland tot een maximum van € 250,00 per persoon per kalenderjaar:

D Aevitae Inentingsadvies

Aevitae verzekerden die naar het buitenland reizen, kunnen een advies inzake inenting krijgen. Daarnaast kunnen wij u doorverwijzen naar instanties waar de verzekerde de benodigde vaccinaties tegen de gunstigste tarieven kan verkrijgen (rekening houdend met een maximale reisafstand). Voor nadere informatie over Aevitae inentingsadvies kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 32.

E Aevitae Reisarts

De reisarts is een extra dienst waarbij Aevitae verzekerden vanuit het buitenland telefonisch contact kunnen opnemen met een Nederlands sprekende arts met vragen over de gezondheid. Voor spoedeisende hulp blijft de alarmcentrale het eerste aanspreekpunt. Voor nadere informatie over de Aevitae reisarts kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 33.

Artikel 4 Circumcisie

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis) in een daartoe bevoegd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum, besnijdeniscentrum of gespecialiseerde huisartsenpraktijk.

Bijzonderheden:

Verwijzing met een toelichting dient plaats te vinden door huisarts of medisch specialist.

Artikel 5 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van dieetadvisering met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Wij vergoeden ten hoogste 4 behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 6 Eerstelijns psychologische zorg

Als aanvulling op het aantal zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de zorgverzekering vergoeden wij maximaal € 240,00 per kalenderjaar. Er wordt geen vergoeding verleend voor de eigen bijdrage van € 20,00 per zitting.

Artikel 7 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden:

- De kosten van 20 behandelingen door een fysiotherapeut; of
- De kosten van 20 behandelingen door een oefentherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut gaat met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk;
- De vergoeding wordt gemaximeerd tot het bedrag dat tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder overeengekomen is.
- Indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste 80% van de gecontracteerde tarieven, zoals deze voor de betreffende behandelingen zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.

Uitsluitingen

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt;
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen zoals bijvoorbeeld sportmassage en zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.

Artikel 8 Gewichtconsulent

Wij vergoeden de kosten van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen door een gewichtconsulent, tot maximaal € 50,00 per kalenderjaar. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Voorwaarde van de vergoeding:

- De consulent moet als praktiserend lid aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN)

Artikel 9 Herstel en Balans

Vergoeding van Herstel en Balans, het revalidatieprogramma voor patiënten met kanker, maximaal € 700,00 per kalenderjaar.

Artikel 10 Huidbehandelingen

Acnetherapie

Wij vergoeden € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Camouflagetherapie

Wij vergoeden € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar voor:

- lessen in camouflage van sterk ontsierde littekens of huidvlekken in het gelaat of de hals;
- de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke;
- littekenbehandeling.

Elektrische epilatie/laserepilatie

Wij vergoeden € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat of de hals.

Oedeembehandeling

Er wordt een vergoeding verleend voor maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.

Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden € 600,00 per 3 kalenderjaren voor intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient te geschieden door een huidtherapeute die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een schoonheidsspecialiste met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie het diploma Camouflage, voor elektrisch epileren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne.
- U moet vooraf een indicatie van de huidarts of huisarts aan ons overleggen. Indien de behandeling plaatsvindt door een schoonheidsspecialiste is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk;
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 11 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziektekostenverzekering. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- Brillenglazen voor kinderen jonger dan 18 jaar: voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte € 100,00 per kalenderjaar;
- 36 batterijen per 12 maanden ten behoeve van een hoortoestel;
- Voor een pruik maximaal € 100,00 per kalenderjaar;
- Voor plakstrips bij een mammaprothese maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese;
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen € 30,00 eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen;
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker € 50,00 per kalenderjaar;
- De aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur) wordt volledig vergoed bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij maximaal € 50,00 eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering;
- Een thuisbewakings-monitor geven wij 24 maanden in bruikleen;
- Een budget van € 500,00 per kalenderjaar voor: de eigen bijdrage geneesmiddelen volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de eigen bijdrage vervoer (€ 93,00), de eigen bijdrage hoortoestellen tot maximaal € 185,00 per hoortoestel en de eigen bijdrage eerstelijns psychologische zorg van € 20,00 per zitting, zoals u deze verschuldigd bent op grond van de Zorgverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit de Regeling Hulpmiddelen;
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het systeem wordt geleverd door een leverancier waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

Artikel 12 Kuuroorden

Kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden. Wij vergoeden maximaal € 460,00 eenmaal per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluitingen

- Privé uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 13 Ooglidcorrectie

Wij vergoeden de kosten van correctie van bovenoogleden in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum tot een maximum van € 500,00 voor de gehele duur van de verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient plaats te vinden door een medisch specialist.

- De vergoeding kan alleen plaatsvinden bij een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de verzekerde ontspannen recht vooruit kijkt.
- Er dient een verwijzing aanwezig te zijn door de huisarts of medisch specialist, voorzien van een toelichting van de behandelend medisch specialist. Bij de aanvraag moet een foto worden meegestuurd (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking - zoals omschreven onder indicatie - goed zichtbaar is.

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Aanvragen achteraf worden niet gehonoreerd.

Artikel 14 Orthodontie

Wij vergoeden de kosten van orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Uitsluiting

- In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij geen kosten van reparatie of vervanging;
- Geen vergoeding wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Artikel 15 Plastische chirurgie

Wij vergoeden eenmalig de behandeling die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 16 Preventie

A Leefstijltrainingen

Wij vergoeden maximaal € 150,00 per verzekerde per kalenderjaar voor een leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

B Onderzoeken

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- elektrocardiogrammen;
- ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

C Sportgeneeskunde

Wij vergoeden maximaal € 150,00 per 2 kalenderjaren voor behandelingen, consulten en sportkeuringen door een sportarts die werkzaam is in een sportmedische instelling.

Artikel 17 Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen

- Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms;
- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 18 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie volgens de methodes Del Ferro, BOMA en Hausdörfer.

Wij vergoeden per persoon maximaal € 650,00 voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 19 Verblijf

Herstellingsoorden

Wij vergoeden € 25,00 per dag gedurende ten hoogste 42 dagen per 3 kalenderjaren van de kosten van opname in door ons gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

Voor kinderen tot en met 16 jaar vergoeden wij een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden € 10,00 per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Logieskosten

Vergoeding van de eigen bijdragen bij een noodzakelijk verblijf van ouders en eventuele partner in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een meeverzekerd kind of partner.

Artikel 20 Verloskunde en kraamzorg

Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Eigen bijdrage poliklinische bevalling

Wij vergoeden 50% van de eigen bijdrage voor de kosten van poliklinische bevalling op niet-medische indicatie.

Vergoeding couveuse nazorg

Wij vergoeden maximaal 12 uur couveuse nazorg in aansluiting op de opname van de pasgeborene.

Bijzonderheden:

- 1 De aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren respectievelijk dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de zorgverzekering betrekking heeft;
- 2 De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Nazorg moeder en pasgeborene

De zorg betreft ondersteuning van de moeder en/of het kind die vanwege medische complicaties, ontstaan tijdens of na de bevalling, binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning heeft kunnen ontvangen. De zorg omvat de verzorging van de moeder en de omgang met het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

Wij vergoeden maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling.

Kraamzorg bij adoptie

De zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden, evenals het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme. Wij vergoeden het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

Kraampakket

U ontvangt een door de Zorgverzekeraar, in overleg met verloskundigen samengesteld kraampakket.

Bijzonderheden:

De aanmelding voor kraamzorg en kraampakket dient uiterlijk 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden via www.aevitae.com, of via telefoonnummer: 0900 - 369 33 33.

Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden de kosten van lactatiekundige zorg voor hulp en advies bij borstvoeding. De vergoeding is maximaal € 75,00 per zwangerschap.

Bijzonderheden:

de verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL en verwijzing vindt plaats door verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige.

Artikel 21 Voetbehandeling/podotherapie

- Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podo-omnitherapeut, podoloog en podo-orthesioloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 250,00 per persoon per kalenderjaar. Indien de steunzolen aangeschaft worden via andere dan de hierboven genoemde zorgverleners, vergoeden wij de kosten tot maximaal € 150,00 per persoon per kalenderjaar.
- Wij vergoeden de kosten van een pedicurebehandeling t.b.v. diabetici tot € 75,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De therapeut moet geregistreerd zijn als een gekwalificeerd en praktiserend lid van een landelijk erkende beroepsvereniging.

Aevitae Vip Pakket

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden maximaal € 750,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben en voorkomen op de lijst Homeopathisch Geregistreerd Geneesmiddel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP);
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.

Artikel 2 Anticonceptie vanaf 21 jaar

Wij vergoeden:

- de kosten van anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder (zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium) tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien het anticonceptiemiddel is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en is verstrekt door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Artikel 3 Buitenland Wereldwijd

A Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de Basisverzekering. De te verlenen vergoeding vanuit dit artikel heeft een aanvullend karakter.

Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag gaan wij uit van de koers van de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.

B Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- De kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

C Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties bij een vakantiereis naar het buitenland:

D Aevitae inentingsadvies

Aevitae verzekerden die naar het buitenland reizen, kunnen een advies inzake inenting krijgen. Daarnaast kunnen wij u doorverwijzen naar instanties waar de verzekerde de benodigde vaccinaties tegen de gunstigste tarieven kan verkrijgen (rekening houdend met een maximale reisafstand). Voor nadere informatie over Aevitae inentingsadvies kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 32.

E Aevitae reisarts

De reisarts is een extra dienst waarbij Aevitae verzekerden vanuit het buitenland telefonisch contact kunnen opnemen met een Nederlands sprekende arts met vragen over de gezondheid. Voor spoedeisende hulp blijft de alarmcentrale het eerste aanspreekpunt. Voor nadere informatie over de Aevitae reisarts kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 33.

Artikel 4 Bijzondere voedingsmiddelen

Wij vergoeden maximaal € 280,00 per verzekerde per kalenderjaar voor vloeibare voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen dan wel thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

Artikel 5 Circumcisie

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis) in een daartoe bevoegd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum, besnijdeniscentrum of gespecialiseerde huisartsenpraktijk.

Bijzonderheden:

Verwijzing met een toelichting dient plaats te vinden door huisarts of medisch specialist.

Artikel 6 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van een dieetadvisering met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Wij vergoeden ten hoogste 4 behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 7 Eerstelijns psychologische zorg

Als aanvulling op het aantal zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de zorgverzekering vergoeden wij maximaal € 360,00 per kalenderjaar. Er wordt geen vergoeding verleend voor de eigen bijdrage van € 20,00 per zitting.

Artikel 8 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden:

- De kosten van behandeling door een fysiotherapeut;
- De kosten van behandeling door een oefentherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut gaat met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, dan is een verwijzing niet noodzakelijk;
- De vergoeding wordt gemaximeerd tot het bedrag dat tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder overeengekomen is.
- Indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste 80% van de gecontracteerde tarieven, zoals deze voor de betreffende behandelingen zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.

Uitsluitingen

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt;
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen zoals bijvoorbeeld sportmassage en zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.

Artikel 9 Gewichtconsulent

Wij vergoeden de kosten van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen door een gewichtconsulent, tot maximaal € 100,00 per kalenderjaar. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Voorwaarde van de vergoeding

De consulent moet als praktiserend lid aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN).

Artikel 10 Herstel en Balans

Vergoeding van Herstel en Balans, het revalidatieprogramma voor patiënten met kanker, maximaal € 700,00 per kalenderjaar.

Artikel 11 Huidbehandelingen

Acnetherapie

Wij vergoeden € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Camouflagetherapie

Wij vergoeden € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar, voor:

- lessen in camouflage van sterk ontsierde littekens of huidvlekken in het gelaat of de hals;
- de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke;
- littekenbehandeling.

Elektrische epilatie/laserepilatie

Wij vergoeden € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierde haargroei in het gelaat of de hals.

Oedeembehandeling

Er wordt een vergoeding verleend voor maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.

Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden € 750,00 per 3 kalenderjaren voor intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient te geschieden door een huidtherapeute die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een schoonheidsspecialiste met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie het diploma Camouflage, voor elektrisch epileren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne;
- U moet vooraf een indicatie van de huidarts of huisarts aan ons overleggen. Indien de behandeling plaatsvindt door een schoonheidsspecialiste is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk;
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 12 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziektekostenverzekering. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- **Voor een bril** (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte € 230,00 één keer per 2 kalenderjaren;
- 72 batterijen per 12 maanden ten behoeve van een hoortoestel;
- Voor een pruik maximaal € 100,00 per kalenderjaar;
- Voor plakstrips bij een mammaprothese maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese;
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen € en orthopedisch schoenmaker € 50,00 per kalenderjaar;
- De aanschaf van een plaswaker (wekapparatuur) wordt volledig vergoed bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet-gecontracteerde leverancier vergoeden wij maximaal € 50,00 eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering;
- Voor hulpmiddelen bij niet insuline afhankelijke diabetes € 45,00 per kalenderjaar;
- Voor overige hulpmiddelen: € 455,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van een aerochamber, buikband, steunzolen (orthopedisch schoenmaker), niet versterkte braces;
- Een thuisbewakings-monitor geven wij 24 maanden in bruikleen;
- Een budget van € 1.000,00 per kalenderjaar voor: de eigen bijdrage geneesmiddelen volgens het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS), de eigen bijdrage vervoer (€ 93,00), de eigen bijdrage hoortoestellen tot maximaal € 250,00 per hoortoestel en de eigen bijdrage eerstelijns psychologische zorg van € 20,00 per zitting, zoals u deze verschuldigd bent op grond van de Zorgverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit de Regeling Hulpmiddelen;
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het systeem wordt geleverd door een leverancier waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

Artikel 13 Kuuroorden

Kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden. Wij vergoeden maximaal € 900,00 eenmaal per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluitingen

- Privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland

- komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 14 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserverhandeling.

Voorwaarde:

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

Vergoeding: maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 15 Ooglidcorrectie

Wij vergoeden de kosten van correctie van bovenoogleden in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum tot een maximum van € 1000,00 voor de gehele duur van de verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling dient plaats te vinden door een medisch specialist.
- De vergoeding kan alleen plaatsvinden bij een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de verzekerde ontspannen recht vooruit kijkt.
- Er dient een verwijzing aanwezig te zijn door de huisarts of medisch specialist, voorzien van een toelichting van de behandelend medisch specialist. Bij de aanvraag moet een foto worden meegestuurd (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking - zoals omschreven onder indicatie - goed zichtbaar is.

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Aanvragen achteraf worden niet gehonoreerd.

Artikel 16 Orthodontie

Wij vergoeden de kosten van orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar volledig en € 1.135,00 eenmalig voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Uitsluiting

- In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij geen kosten van reparatie of vervanging.
- Geen vergoeding wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Artikel 17 Overgangsconsulent

Wij vergoeden 4 consulten tot ten hoogste € 40,00 per consult voor voorlichting aan en advisering/behandeling van vrouwen in de overgang door een overgangsconsulent.

Artikel 18 Plastische chirurgie

Wij vergoeden eenmalig de behandeling die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 19 Preventie

Onderzoeken

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- elektrocardiogrammen;
- ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

Gezond Leven Bodytest

Eenmaal per 2 kalenderjaren:

- De basis bodytest met een eigen bijdrage van € 25,00 of
- De uitgebreide bodytest met een eigen bijdrage van € 50,00.

Griepvaccinatie

Wij vergoeden jaarlijks eenmalig de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep.

Preventieve cursussen

Wij vergoeden € 150,00 per 2 kalenderjaren voor de kosten van preventieve cursussen. Wij geven de tegemoetkoming voor preventieve cursussen gericht op afvallen, stoppen met roken en hartproblemen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De cursussen moeten worden georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

Leefstijltrainingen

Wij vergoeden maximaal € 250,00 per verzekerde per kalenderjaar voor een leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum. De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Korting op fitness

Wij geven 50% korting op de inschrijfkosten bij een fitnesscentrum met een maximum van € 25,00.

Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden maximaal € 200,00 één keer per 2 kalenderjaren voor de volgende behandelingen in een sportmedische instelling:

- sportmedisch onderzoek;
- blessureconsulten.

Voorwaarde voor vergoeding

De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de federatie Sport Medische Instellingen.

Artikel 20 Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen

- Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms;
- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 21 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie volgens de methodes Del Ferro, BOMA en Hausdörfer.

Wij vergoeden per persoon maximaal € 650,00 voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 22 Verblijf**Herstellingsoorden**

Wij vergoeden € 25,00 per dag, gedurende ten hoogste 42 dagen per 3 kalenderjaren, van de kosten van opname in door ons gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

Voor kinderen tot en met 16 jaar vergoeden wij een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden € 10,00 per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Logieskosten

Vergoeding van de eigen bijdragen bij een noodzakelijk verblijf van ouders en eventuele partner in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een meeverzekerd kind of partner.

Artikel 23 Verloskunde en kraamzorg

Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Eigen bijdrage poliklinische bevalling

Wij vergoeden 100% van de eigen bijdrage voor de kosten van poliklinische bevalling op niet-medische indicatie.

Vergoeding couveuse nazorg

Wij vergoeden maximaal 12 uur couveuse nazorg in aansluiting op de opname van de pasgeborene.

Bijzonderheden:

- 1 De aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren respectievelijk dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de zorgverzekering betrekking heeft;
- 2 De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Nazorg moeder en pasgeborene

De zorg betreft ondersteuning van de moeder en/of het kind die vanwege medische complicaties, ontstaan tijdens of na de bevalling, binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning heeft kunnen ontvangen. De zorg omvat de verzorging van de moeder en de omgang met het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

Wij vergoeden maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling.

Kraamzorg bij adoptie

De zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden, evenals het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme.

Wij vergoeden het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

Kraampakket

U ontvangt een door de Zorgverzekeraar, in overleg met verloskundigen samengesteld kraampakket.

Bijzonderheden:

De aanmelding voor kraamzorg en kraampakket dient uiterlijk 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden via www.aevitae.com, of via telefoonnummer: 0900 - 369 33 33.

Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden de kosten van lactatiekundige zorg voor hulp en advies bij borstvoeding. De vergoeding is maximaal € 75,00 per zwangerschap.

Bijzonderheden:

de verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL en verwijzing vindt plaats door verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige.

Artikel 24 Voetbehandeling/podotherapie

- Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podo-omnitherapeut, podoloog en podo-orthesioloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 500,00 per persoon per kalenderjaar. Indien de steunzolen aangeschaft worden via andere dan de hierboven genoemde zorgverleners, vergoeden wij de kosten tot maximaal € 250,00 per persoon per kalenderjaar.
- Wij vergoeden de kosten van een pedicurebehandeling t.b.v. diabetici tot € 150,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De therapeut moet geregistreerd zijn als een gekwalificeerd en praktiserend lid van een landelijk erkende beroepsvereniging.

Aevitae Tandarts Pakketten

Wij vergoeden tandartskosten volgens de Prestatiecodelijst Mondzorg.
Vergoeding wordt verleend tot het op uw zorgpolis vermelde maximale bedrag per verzekerde per jaar.

Uitsluiting

De kosten van onderstaande behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- Kosten die betrekking hebben op orthodontie;
- Uitwendig bleken, ongeacht het aantal elementen per kaak;
- Materialen voor thuisbleken;
- De kosten van implantaten, met uitzondering van boven- en onderprothese, onderprothese en bovenprothese;
- De kosten van een tandtechniker en/of tandtechnisch laboratorium;
- Keuringsrapporten en niet nagekomen afspraak.

Aevitae Klasse Pakket

A Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige tarieven declareert.

In geval de opname in een ziekenhuis plaatsvindt dat wel onderscheid in klassenverpleging kent, wordt er bij opname in een lagere klasse dan de verzekerde klasse vergoeding verleend van € 23,00 per verpleegdag met een maximum van € 500,00 per kalenderjaar.

In geval de opname in een ziekenhuis plaatsvindt dat geen onderscheid in klassenverpleging kent, kan verzekerde aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voorzieningen die het verblijf in het ziekenhuis veraangemen. Wij vergoeden ten hoogste € 23,00 per dag met een maximum van € 500,00 per kalenderjaar.

Verleend wordt een tegemoetkoming in de kosten van:

- Telefoon bij het bed en/of telefoonkaarten;
- Kranten en tijdschriften;
- Televisie;

De declaratie van deze kosten dienen door verzekeringnemer bij Aevitae te worden gedeclareerd.

Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

B Wij vergoeden de kosten van een herstellingsoord tot maximaal € 100,00 per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar.

C Wij vergoeden de kosten van individueel taxivervoer bij zowel opname als bij ontslag. Wij vergoeden de rit naar het ziekenhuis en de rit terug voor partner/gezinsleden tot maximaal 4 ritten per ziekenhuisverblijf.