



Polisvoorwaarden 2019

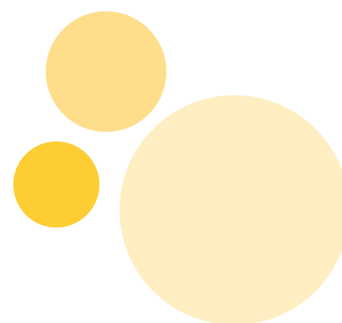
Aanvullende verzekeringen Total Care

Total Care Basis

Total Care Uitgebreid

Total Care Totaal

Total Care Top



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I		Begripsomschrijvingen	2
II		Algemene voorwaarden	7
		Welkom bij Aevitae	7
		Artikel 1 Verzekerde zorg	7
		Artikel 2 Algemene bepalingen	9
		Artikel 3 Betalingen	10
		Artikel 4 Overige verplichtingen	11
		Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	12
		Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	12
		Artikel 7 Klachten en geschillen	13
		Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling	13
		Vergoedingen	14
		Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen	14
		Artikel 2 Therapieën	14
		Artikel 3 Sexuologie	15
		Artikel 4 Fysiotherapie, Oefentherapie César/Mensendieck	15
		Artikel 5 Iontoforese-apparaat (overmatig zweten)	16
		Artikel 6 Lichtlamp	16
		Artikel 7 Ontharen	16
		Artikel 8 Orthopedagogie	17
		Artikel 9 Overgangsconsulente	17
		Artikel 10 Podotherapie	17
		Artikel 11 Therapeutisch kamp	18
		Artikel 12 Therapeutisch zwemmen	19
		Artikel 13 Hulpmiddelen	19
		Artikel 14 Plastische chirurgie	21
		Artikel 15 Buitenland	21
		Artikel 16 Preventie buitenlandse vakantie-reizen	23
		Artikel 17 Ziekenvervoer	24
		Artikel 18 Kuurreizen	24
		Artikel 19 Preventie	25
		Artikel 20 Bevallings/kraamzorg	26
		Artikel 21 Medicijnen	28

	pag.		pag.		
Artikel 22	Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	28	Artikel 30	Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen	30
Artikel 23	Circumcisie (besnijdenis)	28	Artikel 31	Ronald McDonald huizen/familiehuis	31
Artikel 24	Comfort dekking	29	Artikel 32	Snurkbeugel	31
Artikel 25	Herstellingsoord in Nederland	29	Artikel 33	Sterilisatie	31
Artikel 26	Hospice	29	Artikel 34	Vervangende mantelzorg	31
Artikel 27	Meerdaagse bootreizen of verblijf in vakantiehuis	29			
Artikel 28	Ooglaserbehandeling	30			
Artikel 29	Personenalarmering	30			

I Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering(en)

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Aevitae

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

Apotheek

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

Apotheekhoudende

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

Arts

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

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

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

Basisverzekering / Zorgverzekering

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

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

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

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor Bijzondere Tandheekunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Collectieve overeenkomst

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

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

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

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

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit.

Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

Instelling

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oefentherapeut

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

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

Polisblad

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

Preferente geneesmiddelen

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

Psychiater/zenuwarts

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

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

Seksuologisch hulpverlener

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

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

Sportkeuring

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

Sportmedisch onderzoek

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Toestemming (machtiging)

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

U/uw

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verzekeraar

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Aevitae.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

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

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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

Zorggroep

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

Zorghotel

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

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

II Algemene voorwaarden

Welkom bij Aevitae

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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

1.2 Medische noodzaak

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

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

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

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

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

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

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

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

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

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

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

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

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

1.6 Rechtstreekse betaling

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

1.7 Verrekening van kosten

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

1.8 Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

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

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

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

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

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

1.9 Ontlenen recht

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

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

1.10 Uitsluitingen

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

- 1.10.1 die verband houdt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan Aevitae. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 1.10.2 van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;

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

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

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag van de verzekering

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

2.2 Aanvullende verzekering

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

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

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

2.3 Bijbehorende documenten

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

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

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

2.4 Fraude

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

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

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

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

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

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

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

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5 Bescherming persoonsgegevens

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

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

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

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

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

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

2.6 Mededelingen

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

2.7 Bedenkperiode

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

2.8 Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Betalingen

3.1 Verschuldigheid van premie

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

3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

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

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

3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

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

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

3.3.2 Voor betaling per acceptgiro kunnen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening brengen.

3.3.3 U kunt ons toestemming verlenen voor automatische incasso voor de betaling van premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Voor het verlenen van toestemming voor automatische incasso van de premie enerzijds en van het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten anderzijds zijn twee aparte machtigingen benodigd.

3.3.4 Indien u Aevitae B.V. heeft gemachtigd eventuele eigen risico of andere bedragen via automatische incasso van uw rekening af te schrijven, ontvangt u (verzekeringnemer) van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen enkele dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren.

3.4 Verrekening

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

3.5 Niet-tijdig betalen

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

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

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

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

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

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

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

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

5.2 Opzeggingsrecht

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

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

6.1 Begin en duur

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

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

6.2 Acceptatie voor de aanvullende verzekering

6.2.1 Zorgverzekering

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

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

6.2.2 Gezinsdekking

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

6.2.3 Wijziging aanvullende verzekering

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

6.3 Einde van rechtswege

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

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

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

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

6.4 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1 Jaarlijks

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

6.4.2 Tussentijds

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

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

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

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

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

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

Artikel 7 Klachten en geschillen

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

7.1.1 U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

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

7.2 Klachten over onze formulieren

- 7.2.1** Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com.
- 7.2.2** U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

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

Vergoedingen

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen

1.1 Consulten en behandelingen

Wij vergoeden de kosten van consulten en behandelingen van alternatieve artsen en therapeuten.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 50,00 per consult of behandeling tot maximaal € 250,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 50,00 per consult of behandeling tot maximaal € 400,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 500,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 500,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

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.

1.2 Homeopathische geneesmiddelen

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

Vergoeding:

● Total Care Basis	100% van de kosten tot een maximum van € 150,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	100% van de kosten tot een maximum van € 400,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	100% van de kosten tot een maximum van € 500,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	100% van de kosten tot een maximum van € 500,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

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

Artikel 2 Therapieën

2.1 Acnebehandeling

Vergoeding:

● Total Care Basis	100% tot maximaal € 125,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	100% tot maximaal € 230,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	100% tot maximaal € 400,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	100% tot maximaal € 400,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De behandelingen moeten uitgevoerd worden door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor acnebehandeling aanwezig is.

2.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van de lessen en de te gebruiken producten.

Vergoeding:

● Total Care Basis	100% tot een maximum van € 125,00 per kalenderjaar voor lessen en producten samen.
● Total Care Uitgebreid	100% tot een maximum van € 230,00 per kalenderjaar voor lessen en producten samen.
● Total Care Totaal	100% tot een maximum van € 400,00 per kalenderjaar voor lessen en producten samen.
● Total Care Top	100% tot een maximum van € 400,00 per kalenderjaar voor lessen en producten samen.

Voorwaarden:

- De lessen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts, plastisch chirurg of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor camouflagetherapie aanwezig is.

Artikel 3 Sexuologie

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 75,00 per behandeling tot een maximum van € 300,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 75,00 per behandeling tot een maximum van € 300,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 75,00 per behandeling tot een maximum van € 300,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 75,00 per behandeling tot een maximum van € 300,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

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

Artikel 4 Fysiotherapie, Oefentherapie César/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, waarbij inbegrepen oedeemtherapie.

Door:

(Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut César/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut, die beschikt over een diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie van de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool Eindhoven. De zorgverzekeraar heeft voor fysiotherapie speciale afspraken gemaakt met ketens van fysiotherapiepraktijken. Dit zijn de voorkeursaanbieders van de zorgverzekeraar.

Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 300,00 per kalenderjaar. Als de zorgverlener geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding 80% van het gecontracteerde tarief voor 2018.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 700,00 per kalenderjaar. Als de zorgverlener geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding 80% van het gecontracteerde tarief voor 2018.
● Total Care Totaal	Maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar bij een fysiotherapeut die een overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten. Als de zorgverlener geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding 80% van het gecontracteerde tarief voor 2018.

- Total Care Top Maximaal €1.250,00 per kalenderjaar bij een fysiotherapeut die een overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten.
Als de zorgverlener geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding 80% van het gecontracteerde tarief voor 2018.

Bijzonderheden:

- Er is een verwijzing nodig door de (huis)arts behalve als de behandeling volgt op een Consult Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) bij een fysiotherapeut die daarvoor een overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten.
- Voor behandelingen op grond van een chronische medische indicatie is voorafgaande schriftelijke toestemming (machtiging) van de zorgverzekeraar vereist.
- De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen ten laste van de zorgverzekering.
- Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en de voorkeursaanbieders is te raadplegen via www.aevitae.com of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 088 - 35 35 763.

Artikel 5 Iontoforese-apparaat (overmatig zweten)

Wij vergoeden éénmalig de kosten van aanschaf van een iontoforese-apparaat.

Vergoeding:

- Total Care Basis Geen vergoeding.
- Total Care Uitgebreid Maximaal €360,00.
- Total Care Totaal Maximaal €360,00.
- Total Care Top Maximaal €360,00.

Voorwaarden:

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

Artikel 6 Lichtlamp

Wij vergoeden éénmalig de kosten van aanschaf van een lichtlamp.

Vergoeding:

- Total Care Basis Maximaal €175,00.
- Total Care Uitgebreid Maximaal €175,00.
- Total Care Totaal Maximaal €175,00.
- Total Care Top Maximaal €175,00.

Voorwaarden:

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

Artikel 7 Ontharen

Wij vergoeden elektrische epilatie of behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur.

Vergoeding:

- Total Care Basis Maximaal €115,00 per kalenderjaar.
- Total Care Uitgebreid Maximaal €230,00 per kalenderjaar.
- Total Care Totaal Maximaal €400,00 per kalenderjaar.
- Total Care Top Maximaal €400,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden algemeen:

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

Voorwaarden elektrische epilatie:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen aanwezig is.
- Elektrische epilatie dient gegeven te worden door een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen, door een huidtherapeut, of een instelling.

Voorwaarden behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of de specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen met behulp van een laser of lichtflitsapparatuur aanwezig is.
- Behandelingen met een laser of lichtflitsapparaat dienen gegeven te worden door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), of een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen en het diploma ontharen door middel van laser- of lichtflits therapie, of een medisch specialist.

Artikel 8 Orthopedagogie

Wij vergoeden de kosten voor orthopedagogische diagnostiek en behandeling.

Vergoeding

- | | |
|-------------------------|---|
| ● Total Care Basis | Geen vergoeding. |
| ● Total Care Uitgebreid | Maximaal € 75,00 per consult tot een maximum van € 675,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Totaal | 100% tot een maximum van € 1.000,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Top | 100% tot een maximum van € 1.000,00 per kalenderjaar. |

Voorwaarden:

- De behandeling is voor verzekerden t/m 17 jaar.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts of kinderarts.
- De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigde orthopedagoog met de beroepsbekwaamheidsregistratie (BBR) 'Diagnostiek' of in het bezit van de registratie Orthopedagoog- Generalist, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (N.V.O.).

Artikel 9 Overgangsconsulente

Vergoeding:

100% van de kosten van consulten tot maximaal € 150,- éénmalig.

Voorwaarde:

- De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigd overgangsconsulente die is aangesloten bij de vereniging Care forWomen of bij de overgangspraktijkWomen's Life.

Artikel 10 Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van podotherapeutische consulten.

Vergoeding:

- | | |
|-------------------------|---|
| ● Total Care Basis | 100% van de kosten tot een maximum van € 300,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Uitgebreid | 100% van de kosten tot een maximum van € 300,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Totaal | 100% van de kosten tot een maximum van € 500,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Top | 100% van de kosten tot een maximum van € 500,00 per kalenderjaar. |

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend medisch specialist of eigen huisarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor podotherapie aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn door een podotherapeut die erkend is door de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten, die lid is van de Nederlandse Organisatie voor Huiden Voetverzorging (N.O.H.V.), door een podoloog die bij het Landelijk Orgaan voor de Podologie is geregistreerd als Register-Podoloog A of een pedicure die is opgenomen in het register van de Landelijke Organisatie voor de voetverzorging Provoet met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet'.

Artikel 11 Therapeutisch kamp

Wij vergoeden de kosten van therapeutische kampen voor verzekerden tot en met 17 jaar met astma, diabetes, kanker, psoriasis, reumatoïde artritis of cystic fibrose.

Vergoeding:

- | | |
|-------------------------|---|
| ● Total Care Basis | 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 100,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Uitgebreid | 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 100,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Totaal | 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 300,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Top | 100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 300,00 per kalenderjaar. |

Artikel 12 Therapeutisch zwemmen

Wij vergoeden de kosten van therapeutisch zwemmen in groepsverband, georganiseerd door een plaatselijke of regionale vereniging van reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.

Vergoeding:

- | | |
|-------------------------|---|
| ● Total Care Basis | 100% tot een maximum van € 100,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Uitgebreid | 100% tot een maximum van € 100,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Totaal | 100% tot een maximum van € 130,00 per kalenderjaar. |
| ● Total Care Top | 100% tot een maximum van € 150,00 per kalenderjaar. |

Voorwaarde:

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

Artikel 13 Hulpmiddelen

13.1 Bekkenbandages

Wij vergoeden de aanschafkosten van bekkenbandages tot het aangegeven maximum.

Vergoeding:

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| ● Total Care Basis | Geen vergoeding. |
| ● Total Care Uitgebreid | 100% tot maximaal € 25,00. |
| ● Total Care Totaal | 100% tot maximaal € 50,00. |
| ● Total Care Top | 100% tot maximaal € 100,00. |

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een behandeling wegens een bekkenpijnsyndroom (bekkeninstabiliteit) tijdens en/of aansluitend aan de zwangerschap.
- Er dient een schriftelijk advies te worden overgelegd van de behandelend fysiotherapeut of (huis)arts.

13.2 Brillenglazen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen of lenzen.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 75,00 per drie kalenderjaren.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 125,00 per drie kalenderjaren.
● Total Care Totaal	Maximaal € 250,00 per twee kalenderjaren.
● Total Care Top	Maximaal € 400,00 per kalenderjaar.

Indien binnen de gestelde vergoedingsperiode de sterkte van de brillenglazen of lenzen door een operatie een grote wijziging teweeg heeft gebracht, kan bovenvermelde vergoeding tussentijds worden toegekend.

13.3 Gebitsprothesen

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor een volledige prothese.

Vergoeding:

● Total Care Basis	100% van de wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 70,00 voor een volledige onder- of bovenprothese of maximaal € 140,00 voor een volledige onder- én bovenprothese.
● Total Care Uitgebreid	100% van de wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 140,00 voor een volledige onder- of bovenprothese of maximaal € 280,00 voor een volledige onder- én bovenprothese.
● Total Care Totaal	100% van de wettelijke eigen bijdrage.
● Total Care Top	100% van de wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak zijn op een gebitsprothese uit de zorgverzekering.
- De kosten met betrekking tot luxe voorzieningen en extra infrastructuur blijven voor eigen rekening.
- De behandeling dient te geschieden door een in Nederland gevestigde tandarts-algemeen practicus die is ingeschreven als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG of een tandprotheticus die staat ingeschreven in het register van tandprotheticici.

13.4 Inhalator voorzetstukken (zoals aerochamber, neбуhaler)

Wij vergoeden de kosten van inhalator voorzetstukken.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	100% tot een maximum van € 28,50 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	100% tot een maximum van € 28,50 per kalenderjaar.
● Total Care Top	100% tot een maximum van € 28,50 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

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

13.5 Plaswekkers

Wij vergoeden éénmalig de kosten van de huur van een plaswekker.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 85,00.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 85,00.
● Total Care Totaal	Maximaal € 85,00.
● Total Care Top	Maximaal € 85,00.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden van 5 jaar en ouder.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de huisarts of kinderarts overlegd te worden aan Aevitae waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor een plaswekker aanwezig is.
- De plaswekker dient gehuurd of aangeschaft te worden bij een leverancier met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft voor de levering en de huur van plaswekkers.

13.6 Pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor een pruik die u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering.

Vergoeding:

● Total Care Basis	100% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 140,00.
● Total Care Uitgebreid	100% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 280,00.
● Total Care Totaal	100% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 560,00.
● Total Care Top	100% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 560,00.

Bijzonderheden:

De vergoeding voor een pruik vanuit uw zorgverzekering is gemaximeerd. Het verschil tussen de aanschafprijs en de maximale vergoeding is uw eigen bijdrage.

Voorwaarde:

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

13.7 Steunpessaria

Wij vergoeden de kosten van één steunpessarium per kalenderjaar.

Vergoeding:

● Total Care Basis	100%.
● Total Care Uitgebreid	100%.
● Total Care Totaal	100%.
● Total Care Top	100%.

Voorwaarde:

- Het steunpessarium moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

13.8 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van maximaal één paar steunzolen per kalenderjaar tot het aangegeven maximum.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 40,00.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 75,00.
● Total Care Totaal	Maximaal € 120,00.
● Total Care Top	Maximaal € 120,00.

Voorwaarde:

- De steunzolen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

13.9 Verpleegartikelen

Wij vergoeden de huurkosten van een elektrische borstkolf, een babyweegschaal, een lichtapparaat (Bright Light), een hometrainer en een teletrimmer.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	Tezamen tot een maximum van € 70,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Tezamen tot een maximum van € 100,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Tezamen tot een maximum van € 100,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er mag geen aanspraak bestaan op vergoeding of gratis gebruik op grond van (wettelijke) regelingen.
- De verpleegartikelen moeten gehuurd zijn via een thuiszorgorganisatie.

Artikel 14 Plastische chirurgie**Correcties oorstand**

Wij vergoeden de kosten van een correctie van de oorstand voor verzekerden tot en met 12 jaar.

Vergoeding:

- Total Care Basis Geen vergoeding.
- Total Care Uitgebreid Geen vergoeding.
- Total Care Totaal Eénmalig 100% van de kosten tot een maximum van €1.000,00.
- Total Care Top Eénmalig 100% van de kosten indien de behandeling wordt uitgevoerd bij een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum die een overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten. Als de zorgverlener geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten, bedraagt de éénmalige maximale vergoeding €1.000,00.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend medisch specialist te zijn.
- Voorafgaand aan de behandeling moet Aevitae schriftelijk toestemming hebben verleend.
- De behandeling dient uitgevoerd te worden door een medisch specialist.

Artikel 15 Buitenland**15.1 Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland**

Wij vergoeden de kosten van:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfslaan;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Vergoeding:

- Total Care Basis 100% van de kosten die gemaakt zijn tijdens een verblijf in het buitenland in Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren.
- Total Care Uitgebreid 100% van de kosten die gemaakt zijn tijdens een verblijf in het buitenland in Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren.
Voor kosten die gemaakt zijn tijdens een verblijf in andere dan de hierboven genoemde landen maximaal 200% van de Nederlandse tarieven.
- Total Care Totaal 100% van de kosten die gemaakt zijn tijdens een verblijf in het buitenland in Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren.
Voor kosten die gemaakt zijn tijdens een verblijf in andere dan de hierboven genoemde landen maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.
- Total Care Top 100% van de kosten die gemaakt zijn tijdens een verblijf in het buitenland in Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren.
Voor kosten die gemaakt zijn tijdens een verblijf in andere dan de hierboven genoemde landen maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.

Voorwaarden:

- De verzekerde moet voor de dekking van geneeskundige hulp een zorgverzekering hebben afgesloten.
- Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan zes maanden duren.
- De hulp moet een spoedeisend karakter hebben. De verzekerde mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgaanbieder. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat de verzekerde een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp.
- Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijd- en gevaarlijke sporten.
- Niet vergoed worden kosten die veroorzaakt zijn door omstandigheden in verband waarmee een negatief reisadvies is gegeven.
- Bij ziekenhuisopname en voor de organisatie van de hulpverlening moet onmiddellijk de hulp zijn ingeroepen van de Alarmcentrale. Het telefoonnummer kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- Indien u medische kosten voor spoedeisende hulp in het buitenland declareert, dient u het schadeformulier medische kosten buitenland in te vullen en te ondertekenen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.

15.2 Tandheelkundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland bij directe pijnklachten.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 345,00 per verzekerde van de kosten die gemaakt zijn tijdens een verblijf in het buitenland in Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 345,00 per verzekerde.
● Total Care Totaal	Maximaal € 345,00 per verzekerde.
● Total Care Top	Maximaal € 345,00 per verzekerde.

Voorwaarden:

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

15.3 Kosten van hulpverlening bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van:

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

Vergoeding:

● Total Care Basis	100% van de kosten die gemaakt zijn tijdens een verblijf in het buitenland in Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren.
● Total Care Uitgebreid	100%.
● Total Care Totaal	100%.
● Total Care Top	100%.

Voorwaarden:

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

Artikel 16 Preventie buitenlandse vakantiereizen

Wij vergoeden het toedienen van de geadviseerde vaccins (consult arts), de vaccins en de te gebruiken medicijnen voor een buitenlandse vakantiereis.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	100% van de kosten tot een maximum van € 75,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	100%.
● Total Care Top	100%.

Voorwaarden:

- De vaccinaties moeten uitgevoerd zijn door een medisch specialist, GGD-arts of (huis)arts.
- De medicijnen moeten voorgeschreven zijn door een arts.

Artikel 17 Ziekenvervoer

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer die u op grond van de zorgverzekering verschuldigd bent en een dagvergoeding voor de dag waarop vervoer plaatsvindt.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Een vergoeding van €96,00 per kalenderjaar en een dagvergoeding van €2,50 voor de dag waarop vervoer plaatsvindt.
● Total Care Uitgebreid	Een vergoeding van €96,00 per kalenderjaar en een dagvergoeding van €2,50 voor de dag waarop vervoer plaatsvindt.
● Total Care Totaal	Een vergoeding van €96,00 per kalenderjaar en een dagvergoeding van €2,50 voor de dag waarop vervoer plaatsvindt.
● Total Care Top	Een vergoeding van €96,00 per kalenderjaar en een dagvergoeding van €2,50 voor de dag waarop vervoer plaatsvindt.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak op ziekenvervoer bestaan uit de zorgverzekering.
- De verzekerde dient gebruik te hebben gemaakt van openbaar vervoer en/of eigen vervoer.
- De kosten van dit vervoer bedragen €96,00 of meer per kalenderjaar vanaf de eerste reisdag voor de verzekerde en zijn/haar partner tezamen.
- De dagvergoeding van €2,50 wordt pas gegeven nadat de vergoeding van €96,00 is bereikt.

Artikel 18 Kuurreizen

18.1 Kuurreis bij ernstig chronisch eczeem.

Wij vergoeden de kosten van een kuurreis naar de Dode Zee te Israël.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 750,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 750,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

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

18.2 Buitenlandse kuurreis reumatoïde arthritis- en Bechterewpatiënten

Wij vergoeden de kosten van een kuurreis voor verzekerden met chronische reumatoïde artritis of Bechterew.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 750,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 750,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

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

18.3 Kuren te Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen

Wij vergoeden de kosten van kuren te Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen voor verzekerden met psoriasis, chronische reumatoïde artritis of Bechterew.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 500,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 500,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 750,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 750,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

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

Artikel 19 Preventie**19.1 Cursussen**

Wij vergoeden de kosten van preventieve cursussen georganiseerd door een kruisorganisatie, thuiszorgorganisatie of door de Reuma Patiëntenbond.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 46,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 46,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 75,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 75,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond.
- Uw eigen thuiszorg- of kruisorganisatie geeft kortingen op de cursussen. De hoogte daarvan kan verschillen.

19.2 Cursus Nederlandse Kankerbestrijding

Wij vergoeden de kosten van een cursus georganiseerd door de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 80,00 voor de verzekerde en maximaal € 80,00 voor zijn/haar partner.
● Total Care Totaal	Maximaal € 80,00 voor de verzekerde en maximaal € 80,00 voor zijn/haar partner.
● Total Care Top	Maximaal € 80,00 voor de verzekerde en maximaal € 80,00 voor zijn/haar partner.

19.3 Preventief onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een integrale gezondheidstest waarbij vastgesteld wordt: cholesterol en bloedvetten, glucose, buikomtrek, BMI, vetpercentage, longinhoud en bloeddruk, gevolgd door advisering.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 25,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 50,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 50,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- De nota dient gespecificeerd te zijn.

19.4 Stoppen met roken

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

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 100,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 100,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 150,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 150,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde:

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

19.5 Sportadviezen

Wij vergoeden de kosten van sportmedische adviezen, behalve licentiekeuringen, in een sportmedisch adviescentrum.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 50,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 100,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 250,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 250,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- Het sportmedisch adviescentrum moet erkend zijn door de Federatie van Sportmedische Instellingen.

19.6 Voedings- en dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van voedings- en dieetadvisering in aanvulling op de vergoeding vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	100% van de kosten voor maximaal 2 uur voedings- en dieetadvisering per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	100% van de kosten voor maximaal 3 uur voedings- en dieetadvisering per kalenderjaar.
● Total Care Top	100% van de kosten voor maximaal 10 uur voedings- en dieetadvisering per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

Uw zorgverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor voeding- en dieetadvisering. Deze is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op bovenstaande vergoeding.

Voorwaarden:

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

Artikel 20 Bevalling/kraamzorg

20.1 Bevallingspakket

Wij vergoeden de verstrekking van een pakket met verpleegartikelen voor de bevalling.

Vergoeding:

● Total Care Basis	100%.
● Total Care Uitgebreid	100%.
● Total Care Totaal	100%.
● Total Care Top	100%.

Voorwaarden:

- Het bevallingspakket is voor vrouwelijke verzekerden.
- De verzekerde kan het pakket vanaf de 13e week van de zwangerschap aanvragen via Aevitae.
- Het kraampakket wordt omstreeks de 28e zwangerschapsweek bij u thuis bezorgd.

20.2 Geboorte-uitkering

Wij vergoeden een geboorte-uitkering per pasgeboren kind.

Vergoeding:

● Total Care Basis	€ 35,00 per kind.
● Total Care Uitgebreid	€ 70,00 per kind.
● Total Care Totaal	€ 100,00 per kind.
● Total Care Top	€ 100,00 per kind.

Voorwaarde:

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

20.3 Poliklinische bevalling

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling die u op grond van de zorgverzekering verschuldigd bent.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	50% van de wettelijke eigen bijdrage.
● Total Care Totaal	100% van de wettelijke eigen bijdrage.
● Total Care Top	100% van de wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarde:

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

20.4 Kraamzorg, eigen bijdrage

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg die u op grond van de zorgverzekering verschuldigd bent.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	100% van de wettelijke eigen bijdrage tot een maximum van € 175,00.
● Total Care Totaal	100% van de wettelijke eigen bijdrage tot een maximum van € 250,00.
● Total Care Top	100% van de wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak op kraamzorg bestaan uit de zorgverzekering.

20.5 Extra kraamzorg na ziekenhuisopname

Wij vergoeden extra kraamzorg, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van zeven dagen of meer aansluitend op de bevalling.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal 9 uur verspreid over maximaal 6 dagen.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal 9 uur verspreid over maximaal 6 dagen.
● Total Care Totaal	Maximaal 9 uur verspreid over maximaal 6 dagen.
● Total Care Top	Maximaal 12 uur verspreid over maximaal 6 dagen.

Bijzonderheden:

Uw zorgverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor kraamzorg. Dit is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op bovenstaande vergoedingen.

20.6 Extra kraamzorg na verblijf baby in couveuse

Wij vergoeden extra kraamzorg, na de 10e dag na de bevalling, als een kind binnen acht dagen na het verlaten van de couveuse uit het ziekenhuis wordt ontslagen.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal 6 uur verspreid over maximaal 6 dagen.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal 6 uur verspreid over maximaal 6 dagen.
● Total Care Totaal	Maximaal 6 uur verspreid over maximaal 6 dagen.
● Total Care Top	Maximaal 6 uur verspreid over maximaal 6 dagen.

Bijzonderheden:

Uw zorgverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor kraamzorg. Dit is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op bovenstaande vergoedingen.

Artikel 21 Medicijnen

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor geneesmiddelen die u op de grond van de zorgverzekering verschuldigd bent.

Vergoeding:

● Total Care Basis	100% van de eigen bijdrage tot een maximum van €100,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	100% van de eigen bijdrage tot een maximum van €100,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	100% van de eigen bijdrage tot een maximum van €100,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	100% van de eigen bijdrage tot een maximum van €250,00 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

Voor sommige geneesmiddelen waar u op grond van uw zorgverzekering aanspraak op kunt maken, bent u een eigen bijdrage verschuldigd. De eigen bijdrage die u verschuldigd bent komt voor vergoeding in aanmerking vanuit dit artikel. Of de eigen bijdrage voor een medicijn wordt vergoed kunt u navragen bij uw apotheek of bij Aevitae via telefoonnummer 088 - 35 35 763.

Voorwaarde:

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

Artikel 22 Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar

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

Vergoeding:

● Total Care Basis	100%. Voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage, deze wordt niet vergoed.
● Total Care Uitgebreid	100%. Voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage, deze wordt niet vergoed.
● Total Care Totaal	100%. Voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage, deze wordt niet vergoed.
● Total Care Top	100%. Voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage, deze wordt niet vergoed.

Artikel 23 Circumcisie (besnijdenis)

Circumcisie (besnijdenis) op religieuze indicatie

Wij vergoeden de kosten van een circumcisie op religieuze indicatie.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	Voor verzekerden tot en met 17 jaar: maximaal € 225,00. Voor verzekerden van 18 jaar of ouder: geen vergoeding.
● Total Care Totaal	Voor verzekerden tot en met 17 jaar: maximaal € 225,00. Voor verzekerden van 18 jaar of ouder: geen vergoeding.
● Total Care Top	Voor verzekerden tot en met 17 jaar: maximaal € 225,00. Voor verzekerden van 18 jaar of ouder: geen vergoeding.

Voorwaarde:

- De behandeling dient door een in Nederland gevestigd medisch specialist of in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland plaats te vinden.

Artikel 24 Comfort dekking

Wij vergoeden een bijdrage bij langer durend verblijf in een ziekenhuis.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	Geen vergoeding.
● Total Care Totaal	Maximaal € 10,00 per dag voor maximaal 21 dagen per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 10,00 per dag voor maximaal 21 dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden:

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

Artikel 25 Herstellingsoord in Nederland

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een erkend herstellingsoord. De erkende herstellingsoorden vindt u op onze website of kunt u telefonisch bij ons opvragen.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal € 75,00 per dag tot een maximum van € 2.100,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal € 75,00 per dag tot een maximum van € 2.100,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal € 150,00 per dag tot een maximum van € 3.000,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal € 150,00 per dag tot een maximum van € 3.000,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven bij verblijf in een herstellingsoord dat niet door de Wlz wordt gefinancierd en door de zorgverzekeraar is erkend.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat het verblijf in het herstellingsoord noodzakelijk is voor de behandeling.
- Voorafgaand aan het verblijf in een herstellingsoord dient Aevitae schriftelijk toestemming te hebben verleend.

Artikel 26 Hospice

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een door de zorgverzekeraar erkend hospice.

Vergoeding:

● Total Care Basis	100% van de eigen bijdrage.
● Total Care Uitgebreid	100% van de eigen bijdrage.
● Total Care Totaal	100% van de eigen bijdrage.
● Total Care Top	100% van de eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- De verzekerde dient een indicatie voor verblijf te hebben, ter beoordeling door het hospice.

Artikel 27 Meerdaagse bootreizen of verblijf in vakantiehuis

Wij vergoeden de kosten van de eigen bijdrage voor meerdaagse bootreizen of verblijf in een vakantiehuis.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal €105,00 van de eigen bijdrage per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal €105,00 van de eigen bijdrage per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	Maximaal €150,00 van de eigen bijdrage per kalenderjaar.
● Total Care Top	Maximaal €150,00 van de eigen bijdrage per kalenderjaar.

Voorwaarden:

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

Artikel 28 Ooglaserbehandeling

Wij vergoeden de kosten van laserbehandeling van de ogen.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	Geen vergoeding.
● Total Care Totaal	Eénmalig 100% van de kosten tot een maximum van € 600,00.
● Total Care Top	Eénmalig 100% van de kosten tot een maximum van € 600,00.

Voorwaarde:

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

Artikel 29 Personenalarmering

Wij vergoeden de abonnementskosten voor medisch geïndiceerde personenalarmering door een instelling waarmee de zorgverzekeraar daarvoor een overeenkomst heeft afgesloten.

Vergoeding:

● Total Care Basis	100%.
● Total Care Uitgebreid	100%.
● Total Care Totaal	100%.
● Total Care Top	100%.

Voorwaarde:

- De verzekerde moet aanspraak hebben op verstrekking van de apparatuur uit de zorgverzekering. Aevitae betaalt de abonnementskosten rechtstreeks aan de instelling waarmee een overeenkomst is afgesloten.

Artikel 30 Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen

Wij vergoeden de reiskosten in verband met ziekenbezoek aan ernstig zieke kinderen tot en met 17 jaar.

Vergoeding:

● Total Care Basis	€ 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week.
● Total Care Uitgebreid	€ 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week.
● Total Care Totaal	€ 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week.
● Total Care Top	€ 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan één van de ouders/verzorgers van het kind.
- Per periode van twaalf maanden worden de kosten van de eerste 21 dagen niet vergoed.
- Het kind dat bezocht wordt mag niet ouder zijn dan 17 jaar, moet een zorgverzekering via Aevitae hebben afgesloten, en in een instelling voor gezondheidszorg in Nederland verblijven. De verpleging in deze instelling moet ten laste komen van de zorgverzekering.
- De verzekerde heeft een bewijs nodig van de gemaakte reiskosten.

Artikel 31 Ronald McDonald huizen/familiehuis

Wij vergoeden de bijdrage in de verblijfskosten voor een Ronald McDonald huis of familiehuis aan de ouders/verzorgers van een ernstig ziek kind tot en met 17 jaar, dat is opgenomen in een (academisch) ziekenhuis.

Vergoeding:

● Total Care Basis	100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 180,00 per kalenderjaar.
● Total Care Uitgebreid	100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 180,00 per kalenderjaar.
● Total Care Totaal	100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 250,00 per kalenderjaar.
● Total Care Top	100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 250,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Het Ronald Mc Donald huis of familiehuis moet verbonden zijn aan het (academisch) ziekenhuis waarin het kind is opgenomen.
- De opnamekosten moeten voor rekening komen van de zorgverzekering.

Artikel 32 Snurkbeugel

Wij vergoeden de vervaardigingskosten voor een snurkbeugel.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Enmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,00.
● Total Care Uitgebreid	Enmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,00.
● Total Care Totaal	Enmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,00.
● Total Care Top	Enmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,00.

Voorwaarden:

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

Artikel 33 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden. De kosten omvatten die van het ziekenhuis en de medisch specialist.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Maximaal €1.200,00.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal €1.200,00.
● Total Care Totaal	Maximaal €1.200,00.
● Total Care Top	Maximaal €1.200,00.

Voorwaarden:

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

Artikel 34 Vervangende mantelzorg

Wij vergoeden de kosten van vervangende mantelzorg plus de reiskosten van de vervangende zorgverlener voor maximaal vijftien dagen per kalenderjaar.

Vergoeding:

● Total Care Basis	Geen vergoeding.
● Total Care Uitgebreid	Maximaal €125,00 per dag plus reiskosten.
● Total Care Totaal	Maximaal €125,00 per dag plus reiskosten.
● Total Care Top	Maximaal €125,00 per dag plus reiskosten.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven voor vervangende zorg voor thuisverblijvenden die aangewezen zijn op mantelzorg wegens vakantie van de mantelzorger.
- De vervangende zorg moet verleend worden via de Stichting Mantelzorgvervanging Nederland (Handen-in-huis).
- Er dient een schriftelijke aanvraag van deze stichting te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de vervangende zorg noodzakelijk is.
- Voorafgaand aan de vervangende zorg dient Aevitae een schriftelijke toestemming te hebben verleend.
- Aevitae rekent de vergoeding af met deze stichting.