



Nieuw Eyckholt 282
Postbus 2705
6401 DE Heerlen
T 045 - 5739 600
F 045 - 5739 606

Furkapas 4
Postbus 2296
5600 CG Eindhoven
T 040 - 2657 700
F 040 - 2657 707

www.aevitae.com
info@aevitae.com

Polisvoorwaarden 2006 Aanvullende Verzekeringen

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

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Artikel 1 Begripsomschrijvingen	2	Vergoedingen	7
Artikel 2 Algemene bepalingen	3	Aevitae Plus Pakket	7
Artikel 3 Premie	4	Aevitae Top Pakket	8
Artikel 4 Overige verplichtingen	5	Aevitae Vip Pakket	12
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	5	Aevitae Tandarts Pakketten	16
Artikel 6 Ingang, duur en beëindiging	5	Aevitae Klasse Pakket	17
Artikel 7 Uitsluitingen	6	Aevitae Werknemers Zorg Pakket	17
Artikel 8 Klachten	6		

Aevitae Aanvullende Verzekeringen

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 1 **Aevitae** : De gevolmachtigde agent aan wie door Zorgverzekeraar VGZ NV volmacht als bedoeld in artikel 21 lid 1 onderdeel a van de
Wet assurantiebemiddelingsbedrijf (Wabb) is verleend terzake uitvoering van zorgverzekeringen.BV:
- 2 **Apotheekhoudend huisarts**: een huisarts die volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot het uitoefenen van de
artsenijbereidkunst.
- 3 **Apotheker**: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 4 **Arts**: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 5 **AWBZ**: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 6 **Bedrijfsarts**: een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt
bijgehouden door de Sociaal-Geneeskundige Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering
der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, en met wie of waarmee de Zorgverzekeraar een
overeenkomst heeft gesloten.
- 7 **Bekkentherapeut**: een fysiotherapeut die als bekkentherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 8 **Besnijdencentrum**: een centrum dat zich heeft toegelegd op het verrichten van circumcisies, en waarmee de Zorgverzekeraar een
overeenkomst heeft gesloten.
- 9 **Coöperatie**: de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua.
- 10 **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)**: het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van
zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling
consulteert.
- 11 **Eerstelijnspsycholoog**: degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut
van Psychologen (NIP).
- 12 **Europese Unie en EER-lidstaat**: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan:
België, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland,
Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op
grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij
zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- 13 **Fysiotherapeut**: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut
wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.
- 14 **GGD**: de Gemeentelijke Gezondheidsdienst.
- 15 **Huidtherapeut**: degene met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool van Utrecht of de
Hogeschool van Eindhoven.
- 16 **Huisarts**: een arts die als huisarts is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie
Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 17 **Instelling**:
1 een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2 een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land
bestaande sociale zekerheidsstelsel, dan wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.
- 18 **Kaakchirurg**: een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de
Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 19 **Kinderfysiotherapeut**: een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten
van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 20 **Kraamcentrum**: een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels waarmee de Zorgverzekeraar een
overeenkomst heeft gesloten.
- 21 **Kraamverzorgende**: een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
- 22 **Machtiging**: een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens AEVITAE wordt verstrekt ten
behoefte van de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
- 23 **Manueel therapeut**: een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van
het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 24 **Medisch specialist**: een arts die is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie
van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 25 **Mondhygiënist**: degene die op grond het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en
podothérapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel mondhygiënist en met wie de Zorgverzekeraar een overeenkomst heeft
gesloten.
- 26 **Oedeemtherapeut**: een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van
het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 27 **Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck**: degene die op grond van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist,
mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podothérapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.
- 28 **Orthodontist**: een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de
Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 29 **Overgangsconsulente**: een verpleegkundige die de specialistische opleiding gevolgd heeft tot overgangsconsulente bij de organisatie
Care for Women of die aangesloten is bij de overgangspraktijk Women's Life.
- 30 **Podotherapeut**: degene die op grond van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en
podothérapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel podotherapeut.
- 31 **Regeling zorgverzekering**: Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer ZVW-
2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet.
- 32 **RIAGG**: een Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.
- 33 **Schoonheidsspecialist**: een schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie
het diploma Camouflage, voor elektrisch epilieren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne.

- 34 **Sportmedische instelling:** een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
- 35 **Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 36 **Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.
- 37 **Travel Health Clinic:** een kliniek verbonden aan een ziekenhuis voor gezondheidsadviezen, vaccinaties en artikelen die nodig zijn voor een gezond verblijf in de (sub)tropen.
- 38 **Verblijf:** verblijf gedurende het etmaal.
- 39 **Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van medische zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- 40 **Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 41 **Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 42 **Verzekerde:** degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door AEVITAE, is vermeld.
- 43 **Verzekering:** één of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven ziektekostenverzekeringen, die als aanvulling op de VGZ Zorgverzekering gesloten worden.
- 44 **Verzekeringnemer:** degene die met Aevitae de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
- 45 **VGZ Zorgverzekering:** een tussen Aevitae en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
- 46 **Wet BIG:** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 47 **Wtg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door het CTG/de Zorgautoriteit i.o., volgens de Wet tarieven gezondheidszorg.
- 48 **Zelfstandig behandelcentrum:** een centrum voor medisch specialistische en kaakchirurgische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig volgens de Wet toelating zorginstellingen is toegelaten en waarmee de Zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 49 **Ziekenhuis:** een instelling, die als ziekenhuis volgens de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.
- 50 **de Zorgverzekeraar:** de NV VGZ Zorgverzekeraar, gevestigd in Nijmegen die deze verzekeringen aanbiedt of uitvoert. De NV VGZ Zorgverzekeraar is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua.
- 51 **Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 GRONDSLAG

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

Aevitae Plus pakket;

Aevitae Top pakket;

Aevitae Vip pakket;

Aevitae Tandarts Pakketten;

Aevitae Klasse Pakket;

Aevitae Werknemers Zorg Pakket;

De Aevitae Werknemers Zorg Pakket is van toepassing indien en zolang dit in de collectieve overeenkomst van ziektekosten gesloten tussen de werkgever en Aevitae is vastgelegd.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, is hoofdstuk 1 op alle verzekeringen van toepassing.

2.2 COLLECTIEVE OVEREENKOMST VAN ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

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

2.3 MEDISCHE NOODZAAK

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

2.4 ONTLENEN RECHT

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg bestaat uitsluitend indien en zolang aan de verzekeringsovereenkomst rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien 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. Indien er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

- 2.5 AANSpraak OP ZORG EN OVERIGE DIENSTEN ALS GEVOLG VAN TERRORISTISCHE HANDELINGEN**
Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen zal worden gedeclareerd hoger zal zijn dan het door de Nederlandse Hervezekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
- 2.6 KENNISGEVINGEN**
Kennissengevingen gericht aan het laatst bij Aevitae bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer dan wel de verzekerde te hebben bereikt.
- 2.7 VERGOEDING VAN DE KOSTEN VAN ZORG**
Vergoeding van de kosten van zorg vindt uitsluitend plaats op basis van rechtsgeldige tarieven óf - indien de wet niet van toepassing is op een tarief - op basis van het door de Zorgverzekeraar met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen of vastgestelde tarief. Indien een tarief geldt dat lager is dan het wettelijk maximum, dan is voor de vergoeding bepalend het door of namens de Zorgverzekeraar vastgestelde bedrag. Aevitae heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde jegens Aevitae aanspraak kan maken op grond van een verzekering, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend. Met zodanige betaling vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding. Indien Aevitae meer vergoedt aan de zorgaanbieder dan waartoe hij ten opzichte van de verzekerde gehouden is, verplicht de verzekeringnemer zich het teveel betaalde aan Aevitae te vergoeden. Door het sluiten van de verzekeringsovereenkomst verleent de verzekeringnemer hiertoe volmacht aan Aevitae.
- 2.8 WACHTTIJDEN**
Indien de verzekering een latere ingangsdatum kent dan de VGZ Zorgverzekering dan worden de kosten die gemaakt worden gedurende een periode van zes maanden na ingangsdatum van de verzekering niet vergoed. Indien de verzekeringnemer de verzekering uitbreidt naar een verzekering waaraan meer rechten kunnen worden ontleend dan worden de kosten waarvoor een uitgebreidere vergoeding geldt, gedurende een periode van zes maanden na ingangsdatum van de uitbreiding niet vergoed.
- 2.9 LIDMAATSCHAP VAN DE COÖPERATIE**
Door het afsluiten van deze verzekeringsovereenkomst wordt de verzekeringnemer tevens lid van de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua, tenzij hij schriftelijk heeft aangegeven daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de verzekering. Het lidmaatschap kan op elk gewenst moment door de verzekeringnemer worden beëindigd door opzegging, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap wordt geacht te zijn opgezegd op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.
- 2.10 NEDERLANDS RECHT**
Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Premie

- 3.1 VERSCHULDIGDHEID**
De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
- 3.2 BETALING VAN PREMIE**
De verzekeringnemer is verplicht de premie bij vooruitbetaling giraal te voldoen, per maand, kwartaal, halfjaar, jaar of meerjaren. Onder premie wordt ook verstaan de heffingen en bijdragen die Aevitae op grond van wettelijke (al dan niet buitenlandse) verplichtingen aan verzekerden in rekening brengt. Indien Aevitae de premie niet of niet tijdig incasseert, is de verzekeringnemer niettemin gehouden tot tijdige premiebetaling.
- 3.3 VORDERING**
Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van Aevitae te ontvangen bedrag.
- 3.4 OVERLIJDEN**
In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.
- 3.5 NIET TIJDIG BETALEN**
1 indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan Aevitae onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. Ingeval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning. Behoudens in geval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid 5 door Aevitae zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd;
2 indien de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid 1 niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kan Aevitae de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling;
3 in afwijking van lid 1 kan Aevitae, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand, de dekking schorsen indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de eerste premie na het aangaan van de overeenkomst;
4 aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan;

5 indien Aevitae maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 4 Overige verplichtingen

4.1 VERPLICHTINGEN

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

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

4.2 BELANGEN

Wanneer de belangen van Aevitae worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen kan Aevitae de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden schorsen.

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 WIJZIGING PREMIE EN VOORWAARDEN

De Zorgverzekeraar heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premie voor de daarin geregelde verzekeringen te wijzigen. Aevitae doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere verzekering op een door de Zorgverzekeraar vast te stellen datum.

5.2 OPZEGGINGSRECHT

Indien de Zorgverzekeraar de voorwaarden van de verzekering(en) ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen. Indien de wijziging een verhoging van de premie betreft, kan de verzekeringnemer opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop Aevitae hem het voornemen tot verhoging van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.

Artikel 6 Ingang, duur en beëindiging

6.1 INGANG EN DUUR

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

6.2 UITBREIDING VERZEKERING

In afwijking van het vorige lid kan een verzekering steeds worden uitgebreid naar een andere verzekering waaraan de verzekerde meer rechten kan ontlenen.

6.3 EINDE VAN RECHTSWEGE

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

- 6.3.1 de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden;
- 6.3.2 de verzekerde overlijdt;
- 6.3.3 de verzekeringsplicht van de verzekerde volgens de Zorgverzekeringswet eindigt.

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

6.4 OPZEGGING DOOR DE VERZEKERINGNEMER

De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen:

- met inachtneming van de onder lid 6.1 genoemde periode(n), vóór 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

6.5 OPZEGGING DOOR AEVITAE

Aevitae kan de verzekering opzeggen of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie;
- indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet Aevitae te misleiden of indien Aevitae geen verzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. Aevitae kan de verzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. Aevitae is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of hij kan de uitkering verminderen. Aevitae kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.6 GEZONDHEIDSRISICO

Aevitae kan de verzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwarende van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

6.7 WIJZE VAN OPZEGGEN

Zowel de verzekeringnemer als Aevitae kan de verzekering slechts schriftelijk opzeggen.

Artikel 7 Uitsluitingen

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

- 7.I** die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan Aevitae. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 7.2** van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 7.3** die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 7.4** die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 7.5** waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, indien de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- 7.6** waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening indien de verzekering bij Aevitae niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 7.7** waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;
- 7.8** veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij;
- 7.9** veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kern installatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voorzover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- 7.IO** of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae.
- 7.II** die op basis van het Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) niet of slechts ten dele voor vergoeding in aanmerking komen. Het Clausuleblad terrorisme bij de NHT maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Artikel 8 Klachten

Klachten kunnen aan Aevitae worden voorgelegd. Als Aevitae haar definitieve standpunt over een klacht kenbaar heeft gemaakt dan wel binnen een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG ZEIST, www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl.

Vergoedingen

Aevitae Plus Pakket

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

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

Wij vergoeden 80% van de kosten tot maximaal € 200,00 per persoon per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben en voorkomen op de lijst Homeopathisch Geregistreerd Geneesmiddel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP);
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet voldoen aan de kwaliteitseisen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn.

Artikel 2 Anticonceptie/Sterilisatie

Anticonceptie

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva: Nuva ring; Mirena (spiraaltje); implanon en de anticonceptiepil tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel(GVS).

Sterilisatie

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

Uitsluitingen:

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

Artikel 3 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden maximaal € 200,00 per kalenderjaar voor:

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist;
- De vergoeding wordt gemaximeerd tot het bedrag dat tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder overeengekomen is.

Uitsluitingen

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

Artikel 4 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit de regeling hulpmiddelen.

Artikel 5 Verloskunde en kraamzorg

Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden 50 % van de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering.

Bijzonderheden:

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

Kraampakket

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

Bijzonderheden:

Voor de door ons gereguleerde kraamzorg en het kraampakket, moet u uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap contact met ons opnemen onder telefoonnummer 045-5739 660.

Artikel 6 Plastische chirurgie

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 7 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam.

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

Artikel 8 Voetbehandeling/podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podo-omnitherapeut, podoloog en podo-orthesioloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 70,00 per persoon per kalenderjaar.

Aevitae Top Pakket

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

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

Wij vergoeden maximaal € 560,00 per persoon per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben en voorkomen op de lijst Homeopathisch Geregistreerd Geneesmiddel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP);
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet voldoen aan de kwaliteitseisen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn.

Artikel 2 Anticonceptie/Sterilisatie**Anticonceptie**

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva: Nuva ring; Mirena (spiraaltje); implanon en de anticonceptiepil tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel(GVS).

Sterilisatie

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

Uitsluitingen:

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

Artikel 3 Buitenland Wereldwijd

A Spoedeisende en niet spoedeisende zorg

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

B Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- De kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland. De vergoeding bedraagt maximaal € 7000,00 per gebeurtenis.

Uitsluiting:

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van mede reizigers.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 4 Eerstelijns psycholoog

Wij vergoeden de kosten van eerstelijns psychologische zorg tot maximaal € 455,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden van de vergoeding

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter, onderwijs en scholing vallen buiten de dekking;
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog;
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of, bij arbeidsgerelateerde klachten, van een bedrijfsarts.

Artikel 5 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden:

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.
- De vergoeding wordt gemaximeerd tot het bedrag dat tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder overeengekomen is.

Uitsluitingen

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

Artikel 6 Huidbehandelingen:

Acné therapie

Wij vergoeden € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Camouflagetherapie

Wij vergoeden € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar voor:

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

Elektrische epilatie/laserepilatie

Wij vergoeden € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierde haargroei in het gelaat of hals.

Huidtherapie/oedeemtherapie

Wij vergoeden € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden € 545,00 per 3 kalenderjaren voor intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Voorwaarden voor vergoeding

- De zorgverlener dient een overeenkomst met verzekeraar te hebben gesloten dan wel lid te zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH);
- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen;
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 7 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

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

- Voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte, € 30,00 1 keer per 2 kalenderjaren;
- Voor hoortoestellen, 36 batterijen per 12 maanden;
- Voor een pruik maximaal € 100,00 per kalenderjaar ;
- Voor plakstrips bij een mammaprothese maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese;
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen € 30,00 eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen;
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, € 50,00 per kalenderjaar;
- Voor een plaswekker (wekapparatuur) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij maximaal € 50,00 eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering;
- Een thuisbewakings-monitor geven wij 24 maanden in bruikleen.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 8 In Vitro Fertilisatie

Wij vergoeden 50% van de kosten van de eerste in vitro fertilisatiebehandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 9 Verloskunde en kraamzorg

Eigen bijdrage kraamzorg

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

Bijzonderheden:

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

Nazorg moeder en pasgeborene

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

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

Kraamzorg bij adoptie

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

Kraampakket

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

Bijzonderheden:

Voor de door ons geregelde kraamzorg en het kraampakket, moet u uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap contact met ons opnemen onder telefoonnummer 045-5739 660.

Artikel 10 Kuuroorden

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

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

Artikel 11 Plastische chirurgie

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 12 Preventie

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

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

Artikel 13 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;

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

Artikel 14 Verblijf

Herstellingsoorden

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

Voor kinderen tot en met 16 jaar vergoeden wij een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp.

Wij vergoeden € 10,00 per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Logieskosten

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

Artikel 15 Voetbehandeling/podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podo-omnitherapeut, podoloog en podo-orthesioloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 70,00 per persoon per kalenderjaar.

Artikel 16 Orthodontie

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

Uitsluiting

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

Aevitae Vip Pakket

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de volledige kosten van:

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben en voorkomen op de lijst Homeopathisch Geregistreerd Geneesmiddel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP);
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- De alternatieve genezer of therapeut moet voldoen aan de kwaliteitseisen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn.

Artikel 2 Anticonceptie/Sterilisatie

Anticonceptie

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva: Nuva ring; Mirena (spiraaltje); implanon en de anticonceptiepill tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS).

Sterilisatie

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

Uitsluitingen:

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

Artikel 3 Buitenland Wereldwijd

A Spoedeisende en niet spoedeisende zorg

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

B Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

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

Uitsluiting:

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van mede reizigers.

Voorwaarde voor vergoeding

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

C Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

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

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelites (DTP) ;
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A en B.

Artikel 4 Bijzondere voedingsmiddelen

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

Artikel 5 Eerstelijns psycholoog

Wij vergoeden de kosten van eerstelijns psychologische zorg tot maximaal € 455,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden van de vergoeding

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter, onderwijs en scholing vallen buiten de dekking;
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog;
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of, bij arbeidsgerelateerde klachten, van een bedrijfsarts.

Artikel 6 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden:

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist;
- De vergoeding wordt gemaximeerd tot het bedrag dat tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder overeengekomen is.

Uitsluitingen

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

Artikel 7 Huidbehandelingen

Acné therapie

Wij vergoeden € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Camouflagetherapie

Wij vergoeden € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.

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

Elektrische epilatie/laserepilatie

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

Huidtherapie/oedeemtherapie

Wij vergoeden € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Psoriasisdagbehandeling

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De zorgverlener dient een overeenkomst met verzekeraar te hebben gesloten dan wel lid te zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH);
- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen;
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 8 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

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

- Voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte, € 230,00 1 keer per 2 kalenderjaren;
- Voor hoortoestellen, 36 batterijen per 12 maanden;
- Voor een pruik maximaal € 100,00 per kalenderjaar;
- Voor plakstrips bij een mammaprothese maximaal € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese;
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen € 30,00 eenmalig gedurende de gebruiksduur van de schoenen;
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, € 50,00 per kalenderjaar;
- Voor een plaswekker (wekapparatuur) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij maximaal € 50,00 eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering;
- Voor hulpmiddelen bij niet insuline afhankelijke diabetes € 45,00 per kalenderjaar;
- Voor overige hulpmiddelen: € 455,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van een aerochamber, buikband, steunzolen (orthopedisch schoenmaker), niet verstevigde braces;
- Een thuisbewakings-monitor geven wij 24 maanden in bruikleen;
- Voor eigen bijdrage geneesmiddelen € 115,00 per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 9 In Vitro Fertilisatie

Wij vergoeden de kosten van de eerste in vitro fertilisatiebehandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 10 Kraamzorg

Eigen bijdrage kraamzorg

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

Bijzonderheden:

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

Nazorg moeder en pasgeborene

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

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

Kraamzorg bij adoptie

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

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

Kraampakket

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

Bijzonderheden:

Voor de door ons geregelde kraamzorg en het kraampakket, moet u uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap contact met ons opnemen onder telefoonnummer 045-5739 660.

Artikel 11 Kuuroorden

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

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

Artikel 12 Plastische chirurgie

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 13 Preventie

Onderzoeken

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

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

Griepvaccinatie

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

Preventieve cursussen

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Leefstijltrainingen

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

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Korting op fitness

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

Sportmedisch onderzoek

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

- sportmedisch onderzoek.
- blessureconsulten.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 14 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;

Artikel 15 Verblijf

Herstellingsoorden

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

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

Logieskosten

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

Artikel 16 Voetbehandeling/podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podo-omnitherapeut, podoloog en podo-orthesioloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot maximaal € 70,00 per persoon per kalenderjaar.

Artikel 17 Orthodontie

Wij vergoeden de kosten van orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar volledig en € 1135,00 eenmalig voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Uitsluiting

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

Aevitae Tandarts Pakketten

Wij vergoeden tandartskosten volgens de UTP standaard met uitzondering van de UPT codes (D-codes) die betrekking hebben op orthodontie. Wij vergoeden tot maximaal het door u gekozen pakket.

U kunt kiezen uit onderstaande tandartspakketten:

- 100% inclusief techniekkosten tot maximaal € 350,00;
- 100% inclusief techniekkosten tot maximaal € 750,00;
- 100% inclusief techniekkosten tot maximaal € 1250,00;
- 100% inclusief techniekkosten tot maximaal € 1750,00.

Aevitae Klasse Pakket

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

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

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

Verleend wordt een tegemoetkoming in de kosten van:

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

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

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

Werknemers Zorg Pakket

De vergoedingen van het Werknemers Zorg pakket prevaleren op de vergoedingen die gesteld zijn in het Aevitae Plus Pakket, het Aevitae Top Pakket en het Aevitae Vip Pakket met dien verstande dat bij een dubbele vergoeding de hoogste vergoeding zal gelden.

Artikel 1 Dieetadvisering

Wij vergoeden een aanvulling van ten hoogste 4 behandeluren per kalenderjaar op het aantal toegestane uren vanuit de VGZ Zorgverzekering.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten na verwijzing door huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 2 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Wij vergoeden:

- 1 indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten: de volledige kosten
- 2 indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste 80% van de tarieven 2005, zoals deze voor de betreffende behandelingen zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders

Voorwaarde voor vergoeding

De zorg dient verleend te worden door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Bijzonderheden:

- 1 recht op aanspraak (kinder)fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de VGZ Zorgverzekering;
- 2 indien het een aandoening betreft volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan vindt vergoeding plaats vanuit de VGZ Zorgverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.aevitae.com;
- 3 de uit Vergoeding punt 2 voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie VGZ. Het Reglement restitutie VGZ maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.aevitae.com;
- 4 met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen;
- 5 indien op grond van de Werknemers Zorg Polis aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de andere aanvullende verzekeringen.

Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden:

- 1 indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten: de volledige kosten;
- 2 indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste 80% van de tarieven 2005, zoals deze voor de betreffende behandelingen zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.

Voorwaarde voor vergoeding

- De zorg dient verleend te worden door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
- Er is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut gaat waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten dan is een verwijzing niet noodzakelijk;
- Er is een machtiging noodzakelijk voor behandelingen met een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering.

Bijzonderheden:

- 1 indien het een aandoening betreft volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan worden de eerste 9 behandelingen vergoed. Vanaf de 10e behandeling vindt vergoeding plaats vanuit de VGZ Zorgverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.aevitae.com;
- 2 de uit Vergoeding punt 2 voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie VGZ. Het Reglement restitutie VGZ maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.aevitae.com;
- 3 met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen;
- 4 indien op grond van de Werknemers Zorg Polis aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de andere aanvullende verzekeringen.

Artikel 3 Huishoudelijke ondersteuning

Wij vergoeden de kosten, eenmaal per kalenderjaar tot ten hoogste 32 uur. De hulp wordt aangeboden in blokken van tenminste 4 uur per dag. Dit betekent maximaal 8 blokken van 4 uur. De hulp dient in een periode van 4 tot maximaal 6 weken ingepland te worden.

Omschrijving:

- 1 het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan de verzekerde, die een huishoudelijke hulpvraag heeft, omdat de verzekerde of zijn partner op dat moment tijdelijk is uitgevallen door bijvoorbeeld ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname;
- 2 het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan de verzekerde om herstel van zijn letsel te bevorderen. Op het moment van aanvragen van huishoudelijke ondersteuning wordt een hervatting van de werkzaamheden binnen drie maanden verwacht. De huishoudelijke ondersteuning omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaak werkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij de zorgverzekeraar bekend is.

Het doel van de huishoudelijke ondersteuning is:

- het voorkomen van verzuim bij calamiteiten in de gezinssituatie;
- bevordering van herstel van letsel.

Voorwaarde voor vergoeding

- De zorg dient verleend te worden door een organisatie waarmee de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten. De hulp kan op werkdagen van 07.00 uur tot 20.00 uur worden ingezet. Weekenden en feestdagen zijn uitgesloten.
- De zorg wordt verleend bij volgende indicatie: tijdelijke uitval met als gevolg verzuim, van de verzekerde of zijn partner door ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname, waarbij een herstel binnen 3 maanden te verwachten is.
- Er dient een verwijzing door een bedrijfsarts plaats te vinden.

Bijzonderheden:

- 1 voor huishoudelijke ondersteuning kan tijdens kantooruren, van 09.00 tot 17.00 uur contact worden opgenomen Aevitae, telefoonnummer: 045 – 57 39 660;
- 2 de huishoudelijke ondersteuning wordt binnen 2 werkdagen na aanmelding bij Aevitae geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
- 3 er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke ondersteuning als de tijdelijke uitval verband houdt met een chronische aandoening;
- 4 de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
- 5 onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging.

Artikel 4 Preventie

Griepvaccinatie

Wij vergoeden jaarlijks eenmalig de vaccinatie ter voorkoming van griep. De vaccinatie wordt uitgevoerd door een door de zorgverzekeraar in te huren verpleegkundige.

Bijzonderheden:

In overleg met de werkgever wordt eenmaal per jaar een datum afgesproken. De werkgever stelt binnen zijn bedrijf een ruimte beschikbaar.

Preventief onderzoek

Wij vergoeden een preventief prostaatkankeronderzoek door een huisarts of medisch specialist, eenmaal per 2 kalenderjaren.

Preventieve cursussen en voorlichting

Wij vergoeden maximaal € 60,00 per kalenderjaar voor :

- 1 preventieve cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de huidige levensstijl;
- 2 preventieve cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening.
De cursussen dienen gegeven te worden door een thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

Stoppen met roken

Wij vergoeden maximaal € 50,00 gedurende de looptijd van de verzekering voor cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te stoppen met roken. De cursussen worden gegeven door de GGD of STIVORO.

Sportgeneeskunde

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

Zorg door een overgangsconsulente

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

Bijzonderheden:

indien op grond van de Werknemers Zorg Polis aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de overige aanvullende verzekeringen.

Artikel 5 Psychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van eerstelijns psychologische zorg tot maximaal € 455,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden van de vergoeding

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter, onderwijs en scholing vallen buiten de dekking;
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog;
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of, bij arbeidsgerelateerde klachten, van een bedrijfsarts.

Bijzonderheden:

Indien op grond van de Werknemers Zorg Polis aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen.

Artikel 6 Taxivervoer

Wij vergoeden maximaal € 250,00 per kalenderjaar voor taxivervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de werklocatie voorzover vervoer per openbaar vervoer of eigen auto wegens medische redenen niet mogelijk is.

Het vervoer wordt uitgevoerd door een vervoerder met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en op verwijzing van de bedrijfsarts.

De aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van de bedrijfsarts waaruit blijkt dat vervoer per openbaar vervoer of eigen auto niet mogelijk is in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit.

æ