

# Verzekeringsvoorwaarden 2022

## Aanvullende verzekeringen

### Cofra Amsterdam CV



**ævitæ**

Postbus 2705 • 6401 DE Heerlen • T 088 - 35 35 763  
[www.aevitae.com](http://www.aevitae.com) • [info@aevitae.com](mailto:info@aevitae.com)

## Belangrijke informatie en service

Heeft u vragen of wilt u iets aan ons doorgeven? We helpen u graag!

### Onze website

Op [aevitae.com](https://aevitae.com) vindt u alle informatie over uw verzekering. U kunt er bijvoorbeeld de antwoorden vinden op veelgestelde vragen, uw premie berekenen, online declareren, zorgverleners vinden en alle vergoedingen van A tot Z bekijken en vergelijken.

### Contact

U kunt ons bereiken per telefoon, per e-mail, per post of via social media. Op werkdagen is onze Service Desk bereikbaar van 08.30 tot 17.30 uur. Bel ons op 088 - 35 35 763. Kijk voor de actuele openingstijden op [aevitae.com/service-contact](https://aevitae.com/service-contact). Tijdens de overstepweken in december hanteren wij ruimere openingstijden om u nog beter van dienst te zijn.

Voor vragen over uw zorgverzekering kunt u ons ook een bericht sturen via [Facebook](#) of [Twitter](#). Volg [@aevigram](#) op Instagram voor een kijkje achter de schermen bij Aevitae!

### Nota's insturen

Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze digitaal declareren via Mijn Aevitae. U logt veilig en simpel in via iDIN. Om iDIN te kunnen gebruiken, moet u dit eerst eenmalig activeren. Meer informatie over inloggen via iDIN vindt u [hier](#). Ook kunt u via Mijn Aevitae gemakkelijk zelf uw persoonsgegevens aanpassen, zorgkosten inzien of uw pakketten wijzigen.

U kunt de nota ook via de post indienen. Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele nota naar onderstaand postadres. Het declaratieformulier is [hier](#) te vinden.

### Postadres

Aevitae  
Postbus 2705  
6401 DE Heerlen

### Bezoekadres

Aevitae  
Nieuw Eyckholt 284  
6419 DJ Heerlen



### Toestemming nodig?

Wilt u weten voor welke zorg u vooraf onze toestemming nodig hebt? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. U stuurt de aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar het bovenstaande adres ter attentie van Medisch Advies.

Meer informatie over toestemming aanvragen vindt u op onze website. [Hier](#) kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

### Klachten

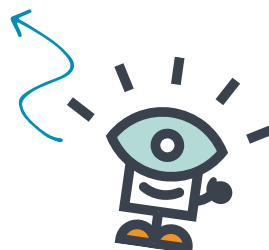
Wij proberen u, als klant van Aevitae, met alles zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dus bent u niet tevreden over een beslissing die wij hebben genomen over onze service of de service van één van uw zorgverleners? Dan horen wij dat graag. Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen op [aevitae.com/klachten](https://aevitae.com/klachten).

### Zoek een zorgverlener

Zorgverleners hebben afspraken met zorgverzekeraars. Wij noemen dat 'gecontracteerde zorgverleners'. Er zijn contracten met hen afgesloten waarin bijvoorbeeld afspraken zijn gemaakt over de kwaliteit van zorg. In de zorgzoeker vindt u de zorgverleners waarmee afspraken zijn gemaakt. Onze zorgzoeker vindt u [hier](#).

### Aevitaal

Gezondheid en vitaliteit vinden wij erg belangrijk. Wij helpen u daarom graag om gezond en fit te blijven. Op Aevitaal vindt u informatie over gezondheid, vitaliteit, inzetbaarheid en weerbaarheid. Heeft u klachten, slaapt u slecht, wilt u gezonder leven of uw inzetbaarheid vergroten? Ga naar [Aevitaal](#) en meld u direct aan!



## Inhoudsopgave

	pag.		pag.		
<b>I</b>		<b>III</b>	<b>Vergoedingen</b>	<b>15</b>	
	<b>Begripsomschrijvingen</b>	<b>4</b>	Artikel 1	Preventie	15
<b>II</b>	<b>Algemene voorwaarden</b>	<b>8</b>	Artikel 2	Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg	17
Artikel 1	Verzekerde zorg	8	Artikel 3	Vervoer	18
Artikel 2	Algemene bepalingen	10	Artikel 4	Zorg in verband met de geboorte van een kind	18
Artikel 3	Betalingen	12	Artikel 5	Hulpmiddelen	20
Artikel 4	Overige verplichtingen	13	Artikel 6	Paramedische hulp/ beweegzorg	21
Artikel 5	Wijziging premie en voorwaarden	13	Artikel 7	Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen	22
Artikel 6	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	13	Artikel 8	Psychische hulpverlening	22
Artikel 7	Klachten en geschillen	15	Artikel 9	Therapieën	22
Artikel 8	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	15	Artikel 10	Overige vergoedingen	23
			Artikel 11	Buitenland	25
			Artikel 12	Orthodontische zorg	26

## I Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

### **Aanvullende verzekering(en)**

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

### **Aevitae**

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

### **Apotheek**

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

### **Apotheekhoudende**

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

### **Arts**

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

### **Arts voor de jeugdgezondheidszorg**

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

### **Basisverzekering / Zorgverzekering**

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

### **Bedrijfsarts**

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

### **Bekkenfysiotherapeut**

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

### **Bureau Jeugdzorg**

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

### **Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde**

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

### **Centrum voor erfelijkheidsonderzoek**

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

### **Collectieve overeenkomst**

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

### **Contract met preferentiebeleid**

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

### **Dagbehandeling**

Opname korter dan 24 uur.

### **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct**

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

### **Diëtist**

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

**Dyslexie (ernstige)**

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

**Eerstelijnspsycholoog**

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

**Ergotherapeut**

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

**EU- en EER-staat**

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, 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 lastenaftrek ingevolge de belastingwetgeving.

**Gezondheidszorgpsycholoog**

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

**GGZ-instelling**

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

**Huidtherapeut**

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

**Huisarts**

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

**Hulpmiddelenzorg**

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

**Instelling**

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

**Kaakchirurg**

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

**Kalenderjaar**

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

**Ketenzorg**

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

**Kinder- en jeugdpsycholoog**

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

**Klinisch psycholoog**

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

**Kraamcentrum**

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

**Kraamzorg**

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

**Laboratoriumonderzoek**

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

**Logopedist**

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

**Medisch adviseur**

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

**Medisch specialist**

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

**Mondhygiënist**

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

**Multidisciplinaire samenwerking**

Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende 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, 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 munitie;
- 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 Clauseblad terrorismedekking van de NHT.

## Artikel 2 Algemene bepalingen

### 2.1 Grondslag van de verzekering

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

### 2.2 Aanvullende verzekering

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

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

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

### 2.3 Bijbehorende documenten

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

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

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

### 2.4 Fraude

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

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

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

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

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

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

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

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

### 2.5 Bescherming persoonsgegevens

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

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

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

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

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

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

## **2.6 Mededelingen**

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

## **2.7 Bedenkperiode**

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

## **2.8 Nederlands recht**

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

## **Artikel 3 Betalingen**

### **3.1 Verschuldigdheid van premie**

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

### **3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst**

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

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

**3.2.3** U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

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

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

**3.3.2** Voor betaling per acceptgiro brengen wij € 1,50 per acceptgiro in rekening.

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

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

### **3.4 Verrekening**

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

### **3.5 Niet-tijdig betalen**

**3.5.1** Wanneer u de premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Betaalt u niet binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, dan kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag 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 opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

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

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

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

## Artikel 7 Klachten en geschillen

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

- 7.1.1 U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan [klachtenmanagement@aevitae.com](mailto:klachtenmanagement@aevitae.com). De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
- 7.1.2 U ontvangt van ons binnen 15 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 15 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). In plaats van naar de SKGZ te gaan, kunt u uw klacht ook voorleggen aan de arbiter voor financiële diensten in Malta (Office of the Arbiter for Financial Services, 1st Floor, St Calcedonius Square, Floriana FRN 1530, Malta, telephone +356 8007 2366 or +356 21 249 245 or [complaint.info@financialarbiter.org.mt](mailto:complaint.info@financialarbiter.org.mt)). Wij wijzen u erop dat de arbiter in Malta enkel zaken in behandeling neemt, als u een definitieve beslissing van ons op uw klacht heeft ontvangen. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

### 7.2 Klachten over onze formulieren

- 7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan [klachtenmanagement@aevitae.com](mailto: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](mailto:informatielijn@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://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.

## III Vergoedingen

### Artikel 1 Preventie

#### 1.1 Cursussen, voorlichting en trainingen

- A Vergoed worden de kosten van cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen, zoals cursussen gericht op de periode rond zwangerschap, voeding, en eerste hulp aan kinderen. De cursus of voorlichting wordt gegeven door een thuiszorgorganisatie, kraamcentrum, GGD of RIAGG.
- B Vergoed worden de kosten van cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, zoals leren omgaan met diabetes, reuma, fibromyalgie, astma en dementie. De cursus of voorlichting wordt gegeven door een thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).
- C Vergoed worden de kosten van therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, fibromyalgie en/of Bechterew- en voor verzekerden met hartproblemen. De therapie wordt verleend door een patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew- of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

#### Pakket:

- |              |         |   |
|--------------|---------|---|
| ● Beperkt    | A t/m C | gezamenlijk tot ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar |
| ● Uitgebreid | A t/m C | gezamenlijk tot ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar |
| ● Plus       | A t/m C | gezamenlijk tot ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar |

## 1.2 Gezondheidstest

Integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De basis gezondheidstest met een eigen bijdrage van € 25,00 bestaat uit de volgende onderzoeken:

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

De uitgebreide gezondheidstest met een eigen bijdrage van € 50,00 omvat naast de onderzoeken van de basis test:

- audiologische screening;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek.

### Door:

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Gaat u naar een andere zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Pakket:

- Beperkt eenmaal per 2 kalenderjaren de basis of de uitgebreide test
- Uitgebreid eenmaal per 2 kalenderjaren de basis of de uitgebreide test
- Plus eenmaal per 2 kalenderjaren de basis of de uitgebreide test

### Bijzonderheden:

U hebt geen recht op vergoeding van kosten voor:

- preventief medisch onderzoek naar kanker of andere ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is;
- preventief medisch onderzoek als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet;
- MRI-, CT-scans en zogenaamde total body scans.

Uit de nota moet blijken welke onderzoeken deel uitmaken van de gezondheidstest.

## 1.3 Preventief onderzoek prostaatkanker

Vergoed worden de kosten van een preventief onderzoek prostaatkanker door de huisarts of medisch specialist.

### Voorwaarde:

Een preventief onderzoek is een onderzoek dat zonder dat er sprake is van gezondheidsproblemen of klachten wordt uitgevoerd.

### Pakket:

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid geen vergoeding
- Plus volledig, eenmaal per twee jaar

## 1.4 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's).

### Voorwaarde:

Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

### Pakket:

- Beperkt volledig
- Uitgebreid volledig
- Plus volledig

**Uitsluiting:** Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (bovenlimietprijs Geneesmiddelenvergoedingsstelsel).



De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel worden, ongeacht de leeftijd van de verzekerde, vergoed vanuit de basisverzekering.

## 1.5 Griepvaccinatie

### Pakket:

- Beperkt wij vergoeden jaarlijks eenmalig de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep
- Uitgebreid wij vergoeden jaarlijks eenmalig de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep
- Plus wij vergoeden jaarlijks eenmalig de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep

## 1.6 Stoppen met roken cursus

Wij vergoeden de kosten van gezondheids cursussen gericht op het stoppen met roken als aanvulling op de vergoeding in de basisverzekering.

### Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen

### Pakket:

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid geen vergoeding
- Plus wij vergoeden € 150,00 per kalenderjaar

## Artikel 2 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

### 2.1 Correctie oorschelpen

Vergoed worden, na verwijzing door een huisarts of medisch specialist, de kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar. Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de behandelend plastisch chirurg of KNO-arts.

### Pakket:

- Beperkt volledig
- Uitgebreid volledig
- Plus volledig

### 2.2 Ooglaserverhandelingen

Verleend wordt een tegemoetkoming in de kosten van ooglaserverhandelingen door een oogarts. De zorgverzekeraar heeft met een aantal ooglasercentra speciaal voor u afspraken gemaakt. Zo krijgt u een flinke korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen behoorlijk lager wordt. Voor meer informatie raadpleeg onze website ([www.aevitae.com](http://www.aevitae.com)) of neem telefonisch contact met ons op: 088 - 35 35 763.

### Pakket:

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid geen vergoeding
- Plus ten hoogste € 500,00 voor de gehele looptijd van de verzekering

### 2.3 Sterilisatie

Vergoed worden de kosten van sterilisatie in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huisartsenpraktijk. De zorg wordt verleend door een medisch specialist of - als het een vasectomie (sterilisatie van de man) betreft - huisarts met wie de zorgverzekeraar daartoe afspraken heeft gemaakt.

### Pakket:

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid volledig
- Plus volledig

## 2.4 Uitkering bij verblijf in ziekenhuis

Een bijdrage in de gemaakte kosten voor extra luxe en comfort rond het ziekenhuisbed als u in een ziekenhuis verblijft, zoals de kosten van telefoon, televisie en internet/multimedia. Bijzonderheden:

- Als er sprake is van een dagbehandeling dan bestaat geen recht op vergoeding.
- De gemaakte onkosten moeten blijken uit een te overleggen nota. De dag van opname en ontslag telt niet mee.

### Pakket:

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid geen vergoeding
- Plus €10,00 per dag tot ten hoogste 30 dagen per kalenderjaar

## Artikel 3 Vervoer

### 3.1 Vervoer in verband met transplantatie van organen

Taxivervoer op voorschrift van een huisarts of medisch specialist door een vervoerder met wie de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten of eigen vervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de instelling waar hij zorg ontvangt die verband houdt met een transplantatie van organen, voor zover er geen aanspraak op dit vervoer bestaat op grond van de zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en controles.

De vergoeding wordt verleend na machtiging vooraf. U kunt hiervoor gebruik maken van het formulier 'Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer'. Dit formulier kunt u downloaden vanaf onze website. Vervoer van de donor is uitgesloten van vergoeding.

### Pakket:

- Beperkt als het taxivervoer betreft: volledig. Als het vervoer per eigen auto betreft: €0,28 per kilometer
- Uitgebreid als het taxivervoer betreft: volledig. Als het vervoer per eigen auto betreft: €0,28 per kilometer
- Plus als het taxivervoer betreft: volledig. Als het vervoer per eigen auto betreft: €0,28 per kilometer

## Artikel 4 Zorg in verband met de geboorte van een kind

### 4.1 Verloskundige zorg

Vergoed worden de kosten die voor rekening van de verzekerde komen in verband met een (poli)klinische bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis. Het betreft hier het verschil tussen het tarief dat het ziekenhuis in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend in die gevallen waarin de verzekerde aanspraak op de zorg heeft op grond van de zorgverzekering.

### Pakket:

- Beperkt volledig
- Uitgebreid volledig
- Plus volledig

### 4.2 Kraampakket

Een door de Zorgverzekeraar, in overleg met verloskundigen, samengesteld kraampakket. Alleen zwangere verzekerden kunnen aanspraak maken op deze vergoeding.

### Bijzonderheid

De aanmelding voor kraamzorg en kraampakket dient uiterlijk 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden via onze website.

### Pakket:

- Beperkt Ja
- Uitgebreid Ja
- Plus Ja

### 4.3 Eigen bijdrage kraamzorg

Vergoed worden de kosten van de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering. De aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren of dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de zorgverzekering betrekking heeft.

**Pakket:**

- Beperkt 50%
- Uitgebreid volledig
- Plus volledig

**4.4 Kraamzorg bij adoptie**

Vergoed worden de kosten van noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum. De zorg wordt verleend door een kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
- Uitgebreid ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
- Plus ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen

**4.5 Nazorg moeder**

Vergoed worden de kosten van ondersteuning en verzorging van de moeder die vanwege medische complicaties, ontstaan tijdens of na de bevalling, binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning en advisering over de omgang met het kind heeft kunnen ontvangen. Deze zorg wordt geboden door een kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

**Pakket:**

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
- Plus ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen

**4.6 Nazorg pasgeborene**

Vergoed worden de kosten van noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over de verzorging van en de omgang met het kind. Het gaat hierbij om nazorg bij ontslag van het kind uit het ziekenhuis na de 10e dag na de geboorte, waarbij de medische situatie in het ziekenhuis zodanig was dat de moeder geen begeleiding heeft kunnen ontvangen met betrekking tot de verzorging van haar kind. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum. De zorg wordt verleend door een kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

**Pakket:**

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
- Plus ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen

**4.7 Lactatiekundig consult**

Vergoed worden de kosten van een consult bij een lactatiekundige voor de moeder bij problemen met de borstvoeding in specifieke situaties. De verwijzing door een verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL.

**Pakket:**

- Beperkt een consult per bevalling tot ten hoogste € 50,00
- Uitgebreid een consult per bevalling tot ten hoogste € 65,00
- Plus een consult per bevalling tot ten hoogste € 80,00

**4.8 Elektrische borstkolf**

Vergoed worden de kosten van de huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling, waarbij de moeder thuis verblijft.

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste € 110,00 per bevalling
- Uitgebreid ten hoogste € 110,00 per bevalling
- Plus ten hoogste € 110,00 per bevalling

## Artikel 5 Hulpmiddelen

### 5.1 Gezichtshulpmiddelen

Een tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen geleverd door een opticien of optiekbedrijf. De vergoedingsperiode begint in het kalenderjaar waarin u de bril/contactlenzen ontvangt.

**Pakket:**

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid ten hoogste € 100,00 in een periode van 2 kalenderjaren
- Plus ten hoogste € 300,00 in een periode van 3 kalenderjaren

### 5.2 Batterijen voor een hoortoestel

Vergoed worden de kosten van batterijen voor hoortoestellen. Het recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een hoortoestel op grond van de zorgverzekering.

**Pakket:**

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid ten hoogste € 20,00 per kalenderjaar
- Plus ten hoogste € 20,00 per kalenderjaar

### 5.3 Mammaprothese

Vergoed worden de kosten van artikelen die worden gebruikt na een borstamputatie, zoals plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothesebadpak, een zwemprothese en schoonmaakartikelen. Het recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een mammaprothese op grond van de zorgverzekering.

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste € 50,00 per 2 kalenderjaren
- Uitgebreid ten hoogste € 50,00 per 2 kalenderjaren
- Plus ten hoogste € 100,00 per 2 kalenderjaren

### 5.4 Pruiken

Verleend wordt een tegemoetkoming in de kosten die voor rekening van de verzekerde komen in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. Het betreft hier het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering. Het recht op vergoeding bestaat alleen als aanspraak bestaat op een pruik op grond van de zorgverzekering.

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar
- Plus ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar

### 5.5 Steunzolen

Vergoeding van de kosten van aanschaf en reparatie van inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen en geleverd zijn door een orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, of podotherapeut op verwijzing van de huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste € 100,00 per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar
- Plus 100%

### 5.6 Thuisbewakingsmonitor

Een thuisbewakingsmonitor is bestemd voor het bewaken van een baby om wiegendood te voorkomen. Voorwaarde voor vergoeding : Er is een verwijzing nodig van een kinderarts. Verder moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

**Pakket:**

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid ten hoogste 24 maanden, voorafgaande toestemming vereist vanaf de 13e maand
- Plus ten hoogste 24 maanden, voorafgaande toestemming vereist vanaf de 13e maand

## 5.7 Wekapparatuur of plaswekker

Vergoed worden de huur- of aanschafkosten van wekapparatuur of een plaswekker, inclusief de eventueel benodigde bandages voor kinderen vanaf 7 jaar, indien geleverd door de firma Van Lent Systems BV in Oss, telefoonnummer (0412) 64 06 90.

### Pakket:

- Beperkt Volledige vergoeding. Indien niet geleverd door Van Lent Systems maximaal € 50,00
- Uitgebreid Volledige vergoeding. Indien niet geleverd door Van Lent Systems maximaal € 50,00
- Plus Volledige vergoeding. Indien niet geleverd door Van Lent Systems maximaal € 50,00

## 5.8 Eenvoudige loophulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van bruikleen of aanschaf van eenvoudige loophulpmiddelen zoals een vierpoot wandelstok, looprek, rollator en krukken.

### Voorwaarde:

Het hulpmiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.

### Pakket:

- Beperkt volledig
- Uitgebreid volledig
- Plus volledig

## Artikel 6 Paramedische hulp/ bewegzorg

### 6.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, ergotherapie en alternatieve bewegingstherapie

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten en ergotherapeuten die plegen te bieden. De zorg mag verleend worden door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut, ergotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Vergoed worden de kosten van alternatieve bewegingstherapie. Hieronder wordt verstaan chiropractie, osteopathie, haptotherapie, Egg Shell therapie, craniosacraaltherapie, antroposofische therapie en adem- en ontspanningstherapie (AOT) volgens de methode Van Dixhoorn. De zorg mag verleend worden door een chiropractor (D.C., Bsc, Msc), osteopaat, haptotherapeut, manueel therapeut E.S., craniosacraaltherapeut, antroposofisch therapeut of adem- en ontspanningstherapeut. De therapeuten dienen ingeschreven te zijn in het (kwaliteits)register van de betreffende beroepsverenigingen.

Uitgezonderd van vergoeding zijn de kosten van zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vormen van fitness die ertoe strekken de conditie door middel van training te bevorderen, alsmede arbocuratieve- of reïntegratietrajecten. Daarnaast zijn uitgesloten de kosten van niet-curatieve (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining en dergelijke.

### Pakket:

- Beperkt maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
- Uitgebreid maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar
- Plus maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

## Artikel 7 Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen

### 7.1 Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen

Vergoed worden de kosten van behandelingen op basis van alternatieve therapieën. Voorwaarden voor deze vergoeding:

- de behandeling wordt gegeven door een arts voor alternatieve geneeswijzen, of
- de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is, maar wel lid is van een beroepsvereniging die naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt, of
- de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is, maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt.
- de Aevitae Lijst Alternatieve beroepsgroepen staat op [www.aevitae.com/zorgverzekeringen](http://www.aevitae.com/zorgverzekeringen) onder Documenten & formulieren bij (Niet) Gecontracteerde zorg.

Vergoed worden de kosten van door Vektis geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een arts of alternatief zorgverlener en moet zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend arts.

#### Pakket:

- Beperkt gezamenlijk tot ten hoogste € 300,00 per kalenderjaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 40,00 per dag
- Uitgebreid gezamenlijk tot ten hoogste € 400,00 per kalenderjaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 40,00 per dag
- Plus gezamenlijk tot ten hoogste € 500,00 per kalenderjaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 40,00 per dag

#### Uitsluiting

Er wordt geen vergoeding verleend voor laboratoriumonderzoek aangevraagd of uitgevoerd door een alternatief genezer of therapeut.

## Artikel 8 Psychische hulpverlening

### 8.1 Seksuologische zorg

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke zorg zoals seksuologen die plegen te bieden op verwijzing van de huisarts of bedrijfsarts. De zorg richt zich binnen het vakgebied van de seksuologie op aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies en ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

#### Pakket:

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid geen vergoeding
- Plus ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,00 per zitting

## Artikel 9 Therapieën

### 9.1 Acnetherapie, camouflagetherapie en epilatie

#### Acnetherapie

Vergoed worden de kosten van de behandeling van een ernstige vorm van acne. De behandeling wordt verzorgd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

#### Camouflagetherapie

Vergoed worden de kosten van de behandeling die gericht is op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, wijnvlekken en donkere of lichte vlekjes in de huid in geval van ernstige, blijvende ontsieringen van het gelaat en/of de hals. De behandeling wordt verzorgd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

#### Epilatie

Vergoed worden de kosten van de behandeling die gericht is op het definitief verwijderen van extreme haargroei op ongebruikelijke plekken in het gelaat en/of de hals. De behandeling wordt verzorgd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

De vergoeding geldt voor acnetherapie, camouflagetherapie en epilatie samen.

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste € 100,00 per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar
- Plus ten hoogste € 200,00 per kalenderjaar

## 9.2 Voetbehandelingen

Vergeoed worden de kosten van behandelingen door:

- een podotherapeut, op verwijzing van huisarts of medisch specialist.

Hieronder wordt verstaan: behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steunen bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;

- een pedicure, op verwijzing van huisarts of medisch specialist.

Hieronder wordt verstaan: voetverzorging voor verzekerden met diabetes mellitus, type I of II.

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste € 120,00 per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste € 120,00 per kalenderjaar
- Plus volledig

## Artikel 10 Overige vergoedingen

### 10.1 Herstellingsoord

Vergeoed worden de kosten van verblijf in een door de verzekeraar erkend herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. Het verblijf dient te zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Indien aanspraak bestaat op deze zorg vanuit de Wlz, bestaat er geen aanspraak op grond van dit artikel. Een lijst met erkende herstellingsoord vindt u op onze website.

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste € 70,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste € 70,00 per dag voor ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar
- Plus ten hoogste € 70,00 per dag voor ten hoogste 60 dagen per kalenderjaar

### 10.2 Logieskosten

Vergeoed worden de kosten van verblijf bij opname of 2 dagbehandelingen, die op aaneengesloten dagen plaatsvinden in een Ronald McDonald-, Kiwanis- of ander logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis, tijdens een medisch noodzakelijke opname van de verzekerde. Dit geldt ook voor het gastenverblijf Ter Weijde, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA). Ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste 2 gezinsleden. De afstand woon-/logeerplaats bedraagt ten minste 40 kilometer (enkele reis). Recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aanspraak bestaat op opname of twee dagbehandelingen van de verzekerde die op aaneengesloten dagen plaatsvinden, in een ziekenhuis op grond van de zorgverzekering

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar
- Plus ten hoogste 30 nachten per kalenderjaar

### 10.3 Therapeutisch kamp voor jongeren tot 18 jaar

Vergeoed worden de kosten van het verblijf in het:

- vakantiecamp van Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- vakantiecamp van de Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- vakantiecamp van de Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen.

Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de behandelend huisarts of medisch specialist.

**Pakket:**

- Beperkt ten hoogste € 300,00 per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste € 300,00 per kalenderjaar
- Plus ten hoogste € 300,00 per kalenderjaar

#### 10.4 Incontinentiezorgservice

Vergoed worden de kosten van behandeling van en leefadviezen aan vrouwelijke verzekerden die last hebben van ongewenst urineverlies. De zorg wordt geleverd door IncontinentieZorgService. De zorg kan eventueel aan huis worden geleverd. Er wordt gebruik gemaakt van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een:

- zelfzorgmodule. Dit is een digitale vragenlijst die u kunt vinden op [www.IncoCure.nl](http://www.IncoCure.nl). Na het invullen van deze vragenlijst ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen;
- intensieve begeleidingsmodule. Dit is een programma met een intensieve persoonlijke begeleiding door een incontinentieverpleegkundige.

##### Pakket:

- Beperkt volledig, eenmalig
- Uitgebreid volledig, eenmalig
- Plus volledig, eenmalig

#### 10.5 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden sportmedisch onderzoek en sportkeuringen in een sportmedische instelling.

##### Voorwaarden

- De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de Federatie Sport Medische Instellingen.
- Er ligt geen zorgvraag aan ten grondslag.

##### Pakket:

- Beperkt ten hoogste € 100,00 per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar
- Plus ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar

#### 10.6 Zorg door een overgangsconsulent

Vergoeding van de kosten van voorlichting aan en advisering en behandeling van vrouwen in de overgang door een overgangsconsulent.

##### Pakket:

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 40,00 per consult voor de looptijd van de verzekering
- Uitgebreid ten hoogste 8 consulten tot ten hoogste € 40,00 per consult voor de looptijd van de verzekering

#### 10.7 Kuuroord

De kosten van vervoer naar, behandeling en verblijf in een volgende door de verzekeraar erkend kuuroord worden vergoed.

- Klein Vink in Arcen;
- Scandic sanadome in Nijmegen;
- Fontana in Nieuweschans;
- Thermae 2000 in Valkenburg (L);
- een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland).

De vergoeding wordt verleend aan verzekerden met een ernstige vorm van reumatoïde artritis, artritis psoriatica, Morbus Bechterew of Morbus Forestier. Het recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door Aevitae. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de reumatoloog. Aevitae kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

##### Pakket:

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid ten hoogste € 460,00 per 2 kalenderjaren
- Plus ten hoogste € 1.000,00 per 2 kalenderjaren

#### 10.8 Dieetadviesing

Vergoed worden de kosten van dieetadviesing door een diëtist op verwijzing van een (tand)arts of specialist.

##### Pakket:

- Beperkt maximaal 2 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
- Uitgebreid maximaal 2 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
- Plus maximaal 2 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar



## 10.9 Wettelijke eigen bijdrage (Bovenlimietprijs GVS)

Sommige medicijnen betaalt u deels zelf en vergoeden wij deels vanuit de basisverzekering. Het deel dat u zelf moet betalen is de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om farmaceutische zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering of de aanvullende verzekering. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

### Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- de eigen bijdrage die u moet betalen, omdat u het maximum overschrijdt van de maximale vergoedingen voor de (deel) prestaties farmacie geneesmiddelen en dieetpreparaten.
- de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om medicijnen in verband met de behandeling van Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) die vergoed worden vanuit de basisverzekering.

### Pakket:

- Beperkt ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar
- Plus ten hoogste € 250,00 per kalenderjaar

## Artikel 11 Buitenland

### 11.1 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

Vergoed worden de kosten van:

- medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter en wordt uitbetaald in euro's. 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.

Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas. De zorgverzekeraar adviseert de verzekerde om de Alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

### Pakket:

- Beperkt kostprijs
- Uitgebreid kostprijs
- Plus kostprijs

### 12.2 Repatriëring

Na bemiddeling van de Alarmcentrale worden de kosten vergoed van het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van de verzekerde naar een ziekenhuis in Nederland of het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde.

Hieronder worden verstaan:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisonderneming;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

### Pakket:

- Beperkt 100%
- Uitgebreid volledige vergoeding vanuit de landen in Europa, de Azoren, de Canarische eilanden, Madeira en de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee naar het woonland binnen EU/EER of als het woonland een verdragsland is
- Plus volledige vergoeding

### 11.3 Preventieve zorg wegens vakantie in het buitenland

Vergoeding voor de kosten van wegens vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten of reizigersadvisering en vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon) meningitis, rabiës of malaria. De kosten van cocktailvaccins komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien alle componenten hiervan afzonderlijk voor vergoeding in aanmerking komen in dit artikel. De zorg wordt verleend door een huisarts, GGD, Travel Health Clinic, Encare Arbozorg of een arts die een LCR-accreditatie en gele koorts registratie heeft. Voor adressen zie [www.lcr.nl](http://www.lcr.nl).

De zorgverzekeraar heeft met de GGD'en in Nederland speciaal voor u afspraken gemaakt. Zo krijgt u korting op vaccinaties. U krijgt ook korting op artikelen die tijdens een buitenlandse reis van nut kunnen zijn zoals DEET en ORS.

#### Pakket:

- Beperkt ten hoogste € 75,00 per kalenderjaar
- Uitgebreid ten hoogste € 150,00 per kalenderjaar
- Plus volledig

## Artikel 12 Orthodontische zorg

### 12.1 Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van orthodontische zorg door een orthodontist of tandarts gedurende de looptijd van de verzekering. De kosten van vervanging of reparatie na onzorgvuldig gebruik zijn uitgesloten van vergoeding.

#### Bijzonderheden:

- De betreffende zorg wordt niet vergoed indien deze wordt gedekt op grond van de zorgverzekering.
- De behandeling moet zijn gestart voordat de verzekerde de 18-jarige leeftijd bereikt. Indien de behandeling gestart is bij een voorgaande zorgverzekeraar, dient dit schriftelijk aangetoond te worden.
- De behandeling mag niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

#### Pakket:

- Beperkt geen vergoeding
- Uitgebreid 80% tot maximaal € 1.500,00 gedurende de looptijd van de verzekering
- Plus 80% tot maximaal € 2.000,00 gedurende de looptijd van de verzekering



Net aeven anders.

**Meer weten?**

Voor al uw vragen over de informatie in deze polisvoorwaarden kunt u terecht bij de ervaren medewerkers van onze Service Desk. U kunt hen bereiken op werkdagen van 08.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 088-35 35 763.

Daarnaast vindt u alle antwoorden op veelgestelde vragen op [www.aevitae.com](http://www.aevitae.com).

**Aevitae**

Nieuw Eyckholt 284  
6419 DJ Heerlen  
Postbus 2705  
6401 DE Heerlen  
KvK 31047513  
[info@aevitae.com](mailto:info@aevitae.com)