

Polisvoorwaarden 2024

DAF Start Pakket

DAF Plus Pakket

DAF Extra Pakket

DAF Top Pakket

DAF Vip Pakket

DAF Vitaal module



ævitæ

Postbus 2705 • 6401 DE Heerlen • T 088 - 35 35 763
www.aevitae.com • 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 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. Tijdens de overstapweken 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 Team Medical.

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

Klachten

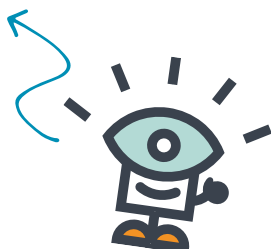
Wij proberen u, als klant van Aevitae, met alles zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dus bent u niet tevreden over een beslissing die wij hebben genomen over onze service of de service van één van uw zorgverleners? Dan horen wij dat graag. Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen op aevitae.com/klachten.

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.
I	Begripsomschrijvingen	4	Artikel 21	23
II	Algemene voorwaarden	8	Artikel 22	23
Artikel 1	Verzekerde zorg	8	Artikel 23	23
Artikel 2	Algemene bepalingen	10	Artikel 24	23
Artikel 3	Betalingen	12		
Artikel 4	Overige verplichtingen	13	Plastische chirurgie	24
Artikel 5	Wijziging premie en voorwaarden	13	Artikel 25	24
Artikel 6	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	13	Artikel 26	24
Artikel 7	Klachten en geschillen	15		
Artikel 8	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	15	Preventie	25
III	Vergoedingen	15	Artikel 27	25
Alternatieve zorg		15	Artikel 28	25
Artikel 1	Alternatieve zorg	15	Artikel 29	26
Beweegzorg		16	Artikel 30	26
Artikel 2	Ergotherapie	16	Artikel 31	26
Artikel 3	Fysiotherapie en oefentherapie (Cesar/Mensendieck)	16	Artikel 32	27
Artikel 4	Sportmedisch onderzoek	17	Artikel 33	27
Buitenland		17	Artikel 34	27
Artikel 5	Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in buitenland	17	Artikel 35	28
Artikel 6	Spoedeisende zorg in het buitenland tijdens vakantie of tijdelijk verblijf	18		
Artikel 7	Repatriëring vanuit het buitenland	18	Verblijf / Thuis	28
Eigen bijdragen (wettelijke)		19	Artikel 36	28
Artikel 8	Wettelijke eigen bijdrage geneesmiddelen	19	Artikel 37	28
Artikel 9	Eigen bijdrage hoortoestellen	19	Artikel 38	29
Artikel 10	Eigen bijdrage ziekenvervoer	19	Artikel 39	29
Huidbehandelingen		19	Verloskunde en kraamzorg	30
Artikel 11	Acnébehandeling	19	Artikel 40	30
Artikel 12	Camouflagetherapie	20	Artikel 41	30
Artikel 13	Ontharing	20	Artikel 42	30
Hulpmiddelen		21	Artikel 43	31
Artikel 14	ADL hulpmiddelen	21	Artikel 44	31
Artikel 15	Brillen en lenzen	21	Artikel 45	31
Artikel 16	Diabetes testmaterialen	21	Artikel 46	32
Artikel 17	Epilepsie-alarmering	22		
Artikel 18	Hoortoestellen en toebehoren	22	Voetzorg	32
Artikel 19	Toebehoren mammaprothese	22	Artikel 47	32
Artikel 20	Plaswekker	22	Artikel 48	33
			Mondzorg	33
			Artikel 49	33
			Artikel 50	33
			DAF Vitaal module	34
			Aevitae Ongevallen	37
			Aevitae Reisbagage Zorg	45

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 Tandheekunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Collectieve overeenkomst

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de

Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

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

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

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

Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

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

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 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 aanbiedt. Op uw zorgpolis staat vermeld welke maatschappij dit betreft.

II Algemene voorwaarden

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?

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie, herinnering of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen. Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder;
- AGB code (bij Nederlandse zorgaanbieders).

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar Mijn Aevitae. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

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 muiterij;
- 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 Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per kalenderjaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

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

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 kalenderjaar 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 premievervaldag 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. 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. 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, bel +356 8007 2366 of +356 21 249 245, of mail 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.

7.2.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op ons Team Medical. U kunt ook een beroep doen op ons Team Medical 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 Alternatieve zorg

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een (huis)arts.
- De geneesmiddelen staan met HA (homeopathisch antroposofisch) of HM (homeopathisch middel) geregistreerd in de Taxe Homeopathie van de Z-index. De apotheker kan dit controleren.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De alternatieve therapeut is lid van een specifieke vereniging, zie de Lijst Alternatieve beroepsgroepen.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- zorg als de alternatief genezer of therapeut ook de eigen huisarts is;

- laboratoriumonderzoek aangevraagd of uitgevoerd door een alternatief genezer of therapeut.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal € 250,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 30,- per dag.
• DAF Plus Pakket	Maximaal € 300,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 50,- per dag.
• DAF Extra Pakket	Maximaal € 350,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 50,- per dag.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 400,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 50,- per dag.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 600,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 50,- per dag.

Beweegzorg

Artikel 2 Ergotherapie

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van extra uren ergotherapie in aanvulling op de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen nadat de vergoeding uit de basisverzekering is verbruikt.
- De zorgverlener voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#).
- Wij vergoeden maximaal het bedrag dat met gecontracteerde zorgverleners overeengekomen is. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze [Zorgzoeker](#).
- Een losse intake telt als een behandeling.
- Heeft de zorgverlener geen contract? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. De maximale vergoedingen per behandeling zijn te vinden in de [Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners](#). De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van welke basisverzekering op het polisblad staat. Staat er geen basisverzekering op het polisblad? Dan gelden de polisvoorwaarden van onze natura polis.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal 4 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	Geen vergoeding.

Artikel 3 Fysiotherapie en oefentherapie (Cesar/Mensendieck)

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

- fysiotherapie door een (kinder)fysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut of geriatrisch fysiotherapeut;
- oefentherapie door een (kinder)oefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut;
- manuele fysiotherapie door een manueel fysiotherapeut;
- oedeemtherapie door een fysiotherapeut of huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- Een losse intake telt als een behandeling.
- De zorgverlener voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#).
- Wij vergoeden maximaal het bedrag dat met gecontracteerde zorgverleners overeengekomen is. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze [Zorgzoeker](#).
- Heeft de zorgverlener geen contract? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. De maximale vergoedingen per behandeling zijn te vinden in de [Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners](#). De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van welke basisverzekering op het polisblad staat. Staat er geen basisverzekering op het polisblad? Dan gelden de polisvoorwaarden van onze natura polis.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschapsgymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vormen van fitness met als doel om de conditie door middel van training te verbeteren.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|--|
| • DAF Start Pakket | Maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening |
| • DAF Plus Pakket | Maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening |
| • DAF Extra Pakket | Maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening |
| • DAF Top Pakket | Maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening |
| • DAF Vip Pakket | Maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening |

Artikel 4 Sportmedisch onderzoek

Omschrijving

Wij vergoeden de volgende kosten in een sportmedische instelling:

- sportmedisch onderzoek;
- sportkeuringen;
- inspanningsonderzoek;
- blessureconsulten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- De zorg is niet medisch noodzakelijk.
- De sportarts of sportmedische instelling voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#).

Vergoeding

- | | |
|--------------------|--|
| • DAF Start Pakket | Maximaal € 60,- per kalenderjaar. |
| • DAF Plus Pakket | Maximaal € 114,- voor 1 onderzoek per 2 kalenderjaren. |
| • DAF Extra Pakket | Maximaal € 150,- voor 1 onderzoek per 2 kalenderjaren. |
| • DAF Top Pakket | Maximaal € 150,- voor 1 onderzoek per 2 kalenderjaren. |
| • DAF Vip Pakket | Maximaal € 200,- voor 1 onderzoek per 2 kalenderjaren. |

Buitenland

Artikel 5 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in het buitenland

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) noodzakelijk zijn om ziekten tijdens een verblijf in het buitenland te voorkomen, zie de website www.lcr.nl/Landen.

Voorwaarde voor vergoeding

De zorg wordt geleverd door een huisarts, Encare Arbozorg GGD, Thuisvaccinatie, Travel Health Clinic of een arts met LCR-accreditatie en gele koorts registratie.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van (bij de drogist verkrijgbare) zelfzorgmiddelen die infecties, diarree of uitdroging voorkomen.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|------------------------------------|
| • DAF Start Pakket | 50% |
| • DAF Plus Pakket | Maximaal € 200,- per kalenderjaar. |
| • DAF Extra Pakket | Maximaal € 220,- per kalenderjaar. |
| • DAF Top Pakket | Maximaal € 250,- per kalenderjaar. |
| • DAF Vip Pakket | 100% |

Artikel 6 Spoedeisende zorg in het buitenland tijdens vakantie of tijdelijk verblijf

Omschrijving

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De vergoeding vanuit dit artikel is een aanvulling op de basisverzekering.
- Een ziekenhuisopname wordt zo snel mogelijk gemeld aan onze Alarmcentrale via telefoonnummer 088 - 35 35 705.
- De nota's zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als de nota's in een andere taal zijn opgesteld kunnen wij verzoeken om de nota's door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Zorgkosten in een andere valuta dan de euro worden omgerekend naar euro's. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de koers die www.XE.com op de behandeldatum aangeeft.
- De vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in het buitenland wordt altijd aan de verzekerde uitgekeerd. De verzekerde zorgt zelf voor betaling aan de zorgverlener.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|---|
| • DAF Start Pakket | Volledig, in aanvulling op de basisverzekering. |
| • DAF Plus Pakket | Volledig, in aanvulling op de basisverzekering. |
| • DAF Extra Pakket | Volledig, in aanvulling op de basisverzekering. |
| • DAF Top Pakket | Volledig, in aanvulling op de basisverzekering. |
| • DAF Vip Pakket | Volledig, in aanvulling op de basisverzekering. |

Artikel 7 Repatriëring vanuit het buitenland

Omschrijving

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 een zorginstelling in Nederland;
- vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- De Alarmcentrale heeft vooraf toestemming gegeven. Het telefoonnummer van de alarmcentrale is 088 35 35 705.
- De nota's zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als de nota's in een andere taal zijn opgesteld kunnen wij verzoeken om de nota's door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Zorgkosten in een andere valuta dan de euro worden omgerekend naar euro's. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de koers die www.XE.com op de behandeldatum aangeeft.
- De vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in het buitenland wordt altijd aan de verzekerde uitgekeerd. De verzekerde zorgt zelf voor betaling aan de zorgverlener.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|-------------------------------------|
| • DAF Start Pakket | 100% |
| • DAF Plus Pakket | Maximaal € 3.500,- per gebeurtenis. |
| • DAF Extra Pakket | Maximaal € 5.000,- per gebeurtenis. |

- | | |
|------------------|-------------------------------------|
| • DAF Top Pakket | Maximaal € 7.000,- per gebeurtenis. |
| • DAF Vip Pakket | 100% |

Eigen bijdragen (wettelijke)

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent op grond van de ziektekostenverzekering.

Artikel 8 Wettelijke eigen bijdrage geneesmiddelen

Omschrijving

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor geneesmiddelen uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor zover deze geneesmiddelen volgens de basisverzekering worden vergoed.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage op ADHD-medicatie.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|------------------|
| • DAF Start Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Plus Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Extra Pakket | 100% |
| • DAF Top Pakket | 100% |
| • DAF Vip Pakket | 100% |

Artikel 9 Eigen bijdrage hoortoestellen

Omschrijving

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor hoortoestellen in aanvulling op de basisverzekering.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| • DAF Start Pakket | Maximaal € 100,- per hoortoestel. |
| • DAF Plus Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Extra Pakket | Maximaal € 100,- per hoortoestel. |
| • DAF Top Pakket | Maximaal € 100,- per hoortoestel. |
| • DAF Vip Pakket | Maximaal € 150,- per hoortoestel. |

Artikel 10 Eigen bijdrage ziekenvervoer

Omschrijving

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor ziekenvervoer als er een indicatie is voor een vergoeding uit de basisverzekering.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|------------------|
| • DAF Start Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Plus Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Extra Pakket | 100% |
| • DAF Top Pakket | 100% |
| • DAF Vip Pakket | 100% |

Huidbehandelingen

Artikel 11 Acnébehandeling

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van de behandeling van ernstige acne vulgaris (jeugdpuistjes) in het gezicht en/of in de hals.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het gaat om een ernstige vorm van acne vulgaris in het gezicht en/of de hals.
- De zorg wordt verleend door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die aan de relevante kwaliteitseisen voldoet. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#). De zorg komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg door de schoonheidsspecialist wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.
- De huidtherapeut of schoonheidsspecialist heeft een geldige persoonlijke AGB-code die relevant is aan de gegeven behandeling. De AGB-code en de beroepsvereniging staan op de nota.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- de behandeling van acne rosacea;
- producten voor huidverzorging, zoals crèmes en lotions.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal € 230,- per kalenderjaar.
• DAF Plus Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Extra Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.

Artikel 12 Camouflagetherapie

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

- camouflagellessen en de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.
 - camouflagetherapie met behulp van laser;
- in het gezicht en/of op de hals.

Voorwaarden voor vergoeding

- De camouflagellessen zijn gericht op het camoufleren van wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht en/of de hals.
- De zorg wordt verleend door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die aan de relevante kwaliteitseisen voldoet. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#). De zorg komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg door de schoonheidsspecialist wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.
- De huidtherapeut of schoonheidsspecialist heeft een geldige persoonlijke AGB-code die relevant is aan de gegeven behandeling. De AGB-code en de beroepsvereniging staan op de nota.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal € 200,- voor de looptijd van de verzekering.
• DAF Plus Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Extra Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.

Artikel 13 Ontharing

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van het verwijderen van extreme haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of in de hals bijvoorbeeld door elektrische epilatie of lasertechniek.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling is uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die aan de relevante kwaliteitseisen voldoet. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#). De zorg door de schoonheidsspecialist komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de behandeling wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.
- De huidtherapeut of schoonheidsspecialist heeft een geldige persoonlijke AGB-code die relevant is aan de gegeven

behandeling. De AGB-code en de beroepsvereniging staan op de nota.

- Uit de nota blijkt welke vorm van ontharingstechniek is gebruikt.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|------------------------------------|
| • DAF Start Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Plus Pakket | Maximaal € 200,- per kalenderjaar. |
| • DAF Extra Pakket | Maximaal € 200,- per kalenderjaar. |
| • DAF Top Pakket | Maximaal € 200,- per kalenderjaar. |
| • DAF Vip Pakket | Maximaal € 350,- per kalenderjaar. |

Hulpmiddelen

Artikel 14 ADL hulpmiddelen

Vergoeding

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| • DAF Start Pakket | Maximaal € 70,- per kalenderjaar. |
| • DAF Plus Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Extra Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Top Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Vip Pakket | Geen vergoeding. |

Artikel 15 Brillen en lenzen

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen (met bijbehorend montuur) of contactlenzen op sterkte.

Voorwaarden voor vergoeding

- De brillen of contactlenzen zijn geleverd door een opticien of optiekbedrijf.
- De datum van levering bepaalt in welk kalenderjaar de vergoedingsperiode begint.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- het testen, opmeten of optometrisch onderzoeken van de ogen door een opticien;
- een los montuur zonder glazen;
- niet-optische middelen en diensten zoals lenzenvloeistof of brillenkokers, servicecontracten en verzekeringen;
- reparatie en onderhoud.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|--|
| • DAF Start Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Plus Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Extra Pakket | Tot 18 jaar: € 100,- per kalenderjaar. |
| • DAF Top Pakket | Tot 18 jaar: € 100,- per kalenderjaar. |
| • DAF Vip Pakket | Maximaal € 200,- per 2 kalenderjaren. |

Artikel 16 Diabetes testmaterialen

Omschrijving

Voor diabetici die geen insuline gebruiken vergoeden wij de kosten van:

- een diabetes startpakket (glucosemeter, prikpen en teststrips);
- extra teststrips en lancetten.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| • DAF Start Pakket | Maximaal € 40,- per kalenderjaar. |
| • DAF Plus Pakket | Maximaal € 40,- per kalenderjaar. |

• DAF Extra Pakket	Maximaal € 40,- per kalenderjaar.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 40,- per kalenderjaar.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 85,- per kalenderjaar.

Artikel 17 Epilepsie-alarmering

Vergoeding

• DAF Start Pakket	100%
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	Geen vergoeding.

Artikel 18 Toebehoren hoortoestel

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor de volgende hulpmiddelen: hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 20,- per kalenderjaar.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 40,- per kalenderjaar.

Artikel 19 Toebehoren mammaprothese

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van de aanschaf van:

- plakstrips voor een mammaprothese;
- een borstprothese BH;
- een prothese badpak;
- schoonmaakmiddelen voor een borstprothese na een borstamputatie.

Voorwaarde voor vergoeding

De leverancier is SEMH-gecertificeerd op basis van de erkenningsregeling voor Mammacare (MMC).

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Plus Pakket	Maximaal € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.
• DAF Extra Pakket	Maximaal € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.

Artikel 20 Plaswekker

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van een plaswekker voor kinderen van 7 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages en broekjes.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	100%
• DAF Plus Pakket	100%
• DAF Extra Pakket	100%

- DAF Top Pakket 100%
- DAF Vip Pakket 100%

Artikel 21 Pruiken

Omschrijving

Wij vergoeden:

- een extra bedrag in aanvulling op de vergoeding van een pruik uit de basisverzekering;
- de kosten van een mutssja, toupim of een andere vorm van hoofdbedekking bij haarverlies als gevolg van een medische behandeling of bij alopecia (haarverlies).

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is aanspraak op vergoeding van een pruik uit de basisverzekering.
- De vergoedingstermijn is hetzelfde als bij de verstrekking uit de basisverzekering.
- De zorgverlener is S.E.M.H.-gecertificeerd (HWK) of ANKO-gecertificeerd. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze [Zorgzoeker](#).

Vergoeding

- DAF Start Pakket Maximaal € 75,- per kalenderjaar.
- DAF Plus Pakket Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- DAF Extra Pakket Maximaal € 70,- per kalenderjaar.
- DAF Top Pakket Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- DAF Vip Pakket Maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Artikel 22 Steunpessarium

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen.

Vergoeding

- DAF Start Pakket 100%
- DAF Plus Pakket Geen vergoeding.
- DAF Extra Pakket Geen vergoeding.
- DAF Top Pakket Geen vergoeding.
- DAF Vip Pakket Geen vergoeding.

Artikel 23 Thuisbewakingsmonitor

Wij vergoeden de kosten van een thuisbewakingsmonitor in bruikleen, bestemd voor het bewaken van een baby om wiegendood te voorkomen.

Voorwaarde voor vergoeding

- Er is een verwijzing nodig van een kinderarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het systeem wordt geleverd door een leverancier waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding

- DAF Start Pakket Maximaal 12 maanden, bij verlenging nogmaals 12 maanden, voor de looptijd van de verzekering.
- DAF Plus Pakket Geen vergoeding.
- DAF Extra Pakket Geen vergoeding.
- DAF Top Pakket Maximaal 24 maanden voor de looptijd van de verzekering.
- DAF Vip Pakket Maximaal 24 maanden voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 24 Thuisverzorgingsartikelen

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit de Regeling Hulpmiddelen.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het systeem wordt geleverd door een leverancier waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.
- Voor de ADL hulpmiddelen, epilepsie alarmering, thuisbewakingsmonitor en thuisverzorgingsartikelen moeten wij u vooraf toestemming hebben verleend en dient u gebruik te maken van de door ons gecontracteerde zorgverleners.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	50%
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	Geen vergoeding.

Plastische chirurgie

Artikel 25 Flapoorcorrectie tot 18 jaar

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot 18 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling is uitgevoerd voordat de 18-jarige leeftijd is bereikt.
- De behandeling is uitgevoerd door een medisch specialist in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze [Zorgzoeker](#).

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Plus Pakket	100%
• DAF Extra Pakket	100%
• DAF Top Pakket	100%
• DAF Vip Pakket	100%

Artikel 26 Ooglaseren en lensimplantatie

Omschrijving

Wij vergoeden:

- de kosten van een ooglaserbehandeling;
- de kosten van lensimplantatie (ter vervanging van een bril of contactlenzen)
- de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens als er recht is op de vergoeding van lensimplantatie uit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- De vergoeding van lensimplantatie bij een staaroperatie is een aanvulling op de basisverzekering.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een oogarts die voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#).

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 500,- voor de looptijd van de verzekering.

Preventie

Artikel 27 Anticonceptiemiddelen

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van anticonceptiemiddelen die opgenomen zijn in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS):

A: Vanaf 21 jaar

- Anticonceptiepil
- Hormonale pleister
- Hormoonstaafje
- Implanon
- Nuva-ring
- Pessarrium
- Prikpil
- Spiraaltjes

B: Tot 21 jaar of bij medische indicaties onder de dekking van de basisverzekering

- De eigen bijdrage voor de anticonceptiepil in aanvulling op de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het anticonceptiemiddel is voorgeschreven door een (huis)arts of verloskundige. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept nodig.
- Het anticonceptiemiddel is geleverd door een apotheker of apotheehoudend huisarts.

Opmerking

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	A: Maximaal € 250,- per kalenderjaar.	B: Geen vergoeding.
• DAF Plus Pakket	A: 100%	B: Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
• DAF Extra Pakket	A: 100%	B: Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
• DAF Top Pakket	A: 100%	B: Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
• DAF Vip Pakket	A: 100%	B: Maximaal € 50,- per kalenderjaar.

Artikel 28 Consulten voor vrouwen

Wij vergoeden de kosten van consulten voor vrouwen welke te maken hebben met of gericht zijn op:

- A de overgang;
- B jonge vrouwen;
- C zorgeloos zwanger zijn;
- D een kinderwens;
- E kankerpreventie.

Voorwaarden voor vergoeding

- De overgangsconsulten worden gegeven door een overgangsconsulent, die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women of aangesloten bij een andere door ons erkende beroepsgroep, of een instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.
- De overige consulten ten behoeve van vrouwelijke verzekerden worden gegeven door een verloskundige of een consulent die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	A t/m E:	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Plus Pakket	A t/m E:	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	A t/m E:	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	A t/m E:	Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	A:	Maximaal € 40,- per consult voor 4 consulten voor de looptijd van de verzekering
	B t/m E:	Geen vergoeding.

Artikel 29 Dieetadvisering

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van voorlichting en advisering door een diëtist over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Deze vergoeding is een aanvulling op de vergoeding uit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden maximaal het bedrag dat met gecontracteerde zorgverleners overeengekomen is. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze [Zorgzoeker](#).
- Heeft de zorgverlener geen contract? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. De maximale vergoedingen per behandeling zijn te vinden in de [Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners](#). De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van welke basisverzekering op het polisblad staat. Staat er geen basisverzekering op het polisblad? Dan gelden de polisvoorwaarden van onze natura polis.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|--|
| • DAF Start Pakket | Maximaal 3 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering. |
| • DAF Plus Pakket | Maximaal 2 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering. |
| • DAF Extra Pakket | Maximaal 3 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering. |
| • DAF Top Pakket | Maximaal 4 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering. |
| • DAF Vip Pakket | Maximaal 4 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering. |

Artikel 30 Gezondheidstest/healthcheck

Wij vergoeden de kosten van een gezondheidstest/healthcheck die ervoor kan zorgen dat gezondheidsrisico's op tijd worden ontdekt.

De vergoeding geldt voor de volgende onderdelen:

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- De gezondheidstest wordt uitgevoerd door Care for Human (www.careforhuman.nl), HealthCheckCenter (www.healthcheckcenters.nl) of Persoonlijkegezondheidscheck.nl.
- Uit de nota blijkt welke onderzoeken deel uitmaken van de gezondheidstest.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van een MRI-, CT- of Total Body scan.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|--------------------------------------|
| • DAF Start Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Plus Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Extra Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Top Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Vip Pakket | Maximaal 1 test per 2 kalenderjaren. |

Artikel 31 Griepvaccinatie

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van het griepvaccin dat wordt toegediend door een (huis)arts.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van vaccinaties in het kader van het Nationaal programma grieppreventie (risicogroepen).

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	100%

Artikel 32 Preventieve cursussen

Wij vergoeden de kosten van gezondheidscursussen gericht op:

- A het voorkomen van ziekten en/of bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte. Hieronder vallen tevens EHBO- en reanimatiecursussen;
- B 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.
- Het EHBO-diploma dient te worden uitgegeven door het Oranje Kruis.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	A:	Maximaal € 50,- per kalenderjaar + eenmalig € 40,- extra voor diabetespatiënten.
	B:	Geen vergoeding.
• DAF Plus Pakket	A en B:	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	A en B:	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	A en B:	Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	A:	Geen vergoeding.
	B:	Maximaal € 150,- per 2 kalenderjaren.

Artikel 33 Preventief onderzoek

De kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van:

- A vroege opsporing van baarmoederhalskanker (uitstrijkje), borstkanker, prostaatkanker, ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden), en elektrocardiogrammen;
- B onderzoeken naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

• DAF Start Pakket	A en B	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.	
• DAF Plus Pakket	A	Geen vergoeding.	B Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	A	Geen vergoeding.	B Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	A	100%	B Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	A	100%	B Geen vergoeding.

Artikel 34 SOA-preventie

Wij vergoeden de kosten van de volgende SOA-preventie:

- A. Condooms
- B. SOA-preventieconsult

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Geen vergoeding.	
• DAF Plus Pakket	A: € 50,- per kalenderjaar;	B: Eenmaal per kalenderjaar.
• DAF Extra Pakket	A: € 50,- per kalenderjaar;	B: Eenmaal per kalenderjaar.
• DAF Top Pakket	A: € 50,- per kalenderjaar;	B: Eenmaal per kalenderjaar.

- DAF Vip Pakket A: € 50,- per kalenderjaar; B: Eenmaal per kalenderjaar.

Artikel 35 Sterilisatie

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huisartsenpraktijk.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van het ongedaan maken van sterilisatie.

Vergoeding

- DAF Start Pakket 100%
- DAF Plus Pakket Geen vergoeding.
- DAF Extra Pakket Geen vergoeding.
- DAF Top Pakket 100%
- DAF Vip Pakket 100%

Verblijf / Thuis

Artikel 36 Herstellingsoord/zorghotel

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een herstellingsoord of zorghotel in aansluiting op opname of behandeling in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het verblijf is voorgeschreven door de behandelend arts.
- Wij hebben vooraf schriftelijk toestemming gegeven.
- Het herstellingsoord of zorghotel is opgenomen in de [Lijst erkende herstellingsoorden/zorghotels](#).

Vergoeding

- DAF Start Pakket Maximaal € 35,- per dag tot € 1.470,- per kalenderjaar.
- DAF Plus Pakket Geen vergoeding.
- DAF Extra Pakket Geen vergoeding.
- DAF Top Pakket Maximaal € 25,- per dag tot € 1.050,- per kalenderjaar.
- DAF Vip Pakket Maximaal € 25,- per dag tot € 1.050,- per kalenderjaar.

Artikel 37 Overnachting in een logeerhuis

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf in een logeerhuis bij dagbehandeling in een ziekenhuis of ggz-instelling;
- verblijf van meeverzekerde gezinsleden in een logeerhuis dat verbonden is aan een ziekenhuis of ggz-instelling waarin de verzekerde is opgenomen

Voorwaarden voor vergoeding

- De opname duurt minimaal twee aaneengesloten dagen.
- De kosten worden gedeclareerd via het [Declaratieformulier bezoek- en verblijfskosten voor alle bezoekers](#).
- Het ziekenhuis of de ggz-instelling bevindt zich op minimaal 40 km en maximaal 200 km van het woonadres.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Nederland: 100%; buitenland: maximaal € 50,- per overnachting voor alle gezinsleden samen.
• DAF Vip Pakket	Nederland: 100%; buitenland: maximaal € 50,- per overnachting voor alle gezinsleden samen.

Artikel 38 Therapeutisch kamp voor kinderen t/m 16 jaar

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

Voorwaarden voor vergoeding

Het kamp wordt georganiseerd mede of namens door een van de onderstaande instellingen of verenigingen:

- Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden Kampen);
- Stichting De Luchtballon;
- Vereniging voor mensen met constitutioneel eczeem;
- Stichting De Ster (Ster- en Maankampen);
- Nederlandse Hartstichting;
- Diabetes Vereniging Nederland (SugarKidsClub);
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- eventuele andere door ons erkende verenigingen of instellingen, mits bij ons vooraf aangevraagd.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 10,- per dag voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 10,- per dag voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Artikel 39 Vervangende mantelzorg

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van tijdelijke overname van mantelzorg in afwezigheid van de mantelzorger gedurende een periode van aaneengesloten dagen. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden door diegene die mantelzorg verleent.

Van mantelzorg is sprake als er onbetaald en langdurig (minimaal 8 uur per week voor minimaal 3 maanden) wordt gezorgd voor een chronisch zieke of gehandicapte uit de directe sociale omgeving.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij hebben vooraf toestemming gegeven. Vraag daarna zelf de zorg minimaal 8 weken van tevoren aan bij de zorgaanbieder.
- De zorg wordt bij voorkeur geleverd door Handen in Huis (www.handeninhuis.nl) of Saar aan Huis (www.saaraanhuis.nl).
- De zorg wordt gegeven voor een periode van aaneengesloten dagen, vanwege afwezigheid (vakantie, opname, verlof of ziekte) van de mantelzorger.
- Alleen de verzekerde mantelzorger kan aanspraak maken op de vergoeding.
- Als er meerdere mantelzorgers voor 1 hulpbehoevende zijn, wordt de vergoeding aan 1 mantelzorger verleend.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- de kosten van huishoudelijke ondersteuning, zoals schoonmaken;
- de reiskosten van de vervangende mantelzorger.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal € 150,- per dag tot € 1.500,- per kalenderjaar.
--------------------	--

• DAF Plus Pakket	Maximaal € 150,- per dag tot € 1.500,- per kalenderjaar.
• DAF Extra Pakket	Maximaal € 150,- per dag tot € 1.500,- per kalenderjaar.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 150,- per dag tot € 1.800,- per kalenderjaar.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 150,- per dag tot € 1.800,- per kalenderjaar.

Geboortezorg

Artikel 40 Prenatale screening

Wij vergoeden de kosten van prenatale screening. Deze screening is niet medisch noodzakelijk voor vrouwen tot 36 jaar.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	100%
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	Geen vergoeding.

Artikel 41 Gezondheids cursussen rondom de bevalling

Wij vergoeden de kosten voor de gezondheidscursussen rondom de bevalling.

Voorwaarden voor vergoeding

- U overhandigt ons na afloop van de gezondheidscursus een bewijs van deelname.
- De gezondheidscursus moet gegeven worden door:
 - een erkende thuiszorgorganisatie;
 - een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
 - (een polikliniek van) een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
 - een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheidscursus;
 - een kraamcentrum;
 - een verloskundige;
 - een lactatiekundige;
 - een zorggroep of andere instantie waarmee wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheidscursus.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Vip Pakket	Geen vergoeding.

Artikel 42 Kraampakket

Omschrijving

Wij sturen een kraampakket dat is samengesteld in overleg met verloskundigen. Vraag het kraampakket uiterlijk 3 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via kraampakket.nl/aevitae-luxe-kraampakket.

Voorwaarde voor vergoeding

Alleen zwangere verzekerden kunnen aanspraak maken op dit kraampakket.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	1 pakket per zwangerschap.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.

- DAF Top Pakket 1 pakket per zwangerschap.
- DAF Vip Pakket 1 pakket per zwangerschap.

Artikel 43 Eigen bijdrage bevalling

Omschrijving

Wij vergoeden de eigen bijdrage die in rekening wordt gebracht in verband met een bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of in een daartoe gecontracteerd geboortecentrum. Deze eigen bijdrage is het verschil tussen het notabedrag en de vergoeding uit de basisverzekering.

Vergoeding

- DAF Start Pakket 100%
- DAF Plus Pakket Geen vergoeding.
- DAF Extra Pakket Geen vergoeding.
- DAF Top Pakket 50%
- DAF Vip Pakket 100%

Artikel 44 Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg in aanvulling op de basisverzekering.

Voorwaarde voor vergoeding

De kraamzorg wordt geleverd:

- bij de verzekerde thuis;
- in een geboortecentrum;
- in een kraamhotel;
- in een ziekenhuis.

Vergoeding

- DAF Start Pakket 75%
- DAF Plus Pakket Geen vergoeding.
- DAF Extra Pakket Geen vergoeding.
- DAF Top Pakket 100%
- DAF Vip Pakket 100%

Artikel 45 Extra kraamzorg

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van extra kraamzorg als binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning kon worden ontvangen. De zorg omvat de verzorging van de moeder en de zorg voor het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme.

Extra kraamzorg omvat:

- nazorg moeder en/of pasgeborene;
- couveuse nazorg;
- uitgestelde kraamzorg;
- kraamzorg bij adoptie van een kind jonger dan 12 maanden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum, aansluitend aan de 42e dag na de bevalling.
- De zorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende of een verpleegkundige.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal 12 uur verdeeld over 4 aaneengesloten dagen per bevalling.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Maximaal 12 uur verdeeld over 4 aaneengesloten dagen per bevalling.
• DAF Vip Pakket	Maximaal 12 uur verdeeld over 4 aaneengesloten dagen per bevalling.

Artikel 46 Lactatiekundige zorg

Omschrijving

Wij vergoeden lactatiekundige zorg en advies aan de moeder bij problemen met de borstvoeding.

Voorwaarde voor vergoeding

De lactatiekundige voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#).

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
• DAF Plus Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Extra Pakket	Geen vergoeding.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 75,- per bevalling.
• DAF Vip Pakket	Maximaal € 75,- per bevalling.

Voetbehandelingen

Artikel 47 Pedicure

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van pedicurezorg bij een medische voet door een pedicure of pedicure-chiropracist. Er is sprake van een medische voet in geval van:

- chemotherapie;
- eelt of likdoorns als gevolg van afwijkingen aan de stand van de voeten of tenen;
- diabetes;
- de hersenziekten MS en Parkinson;
- de huidziekten epidermolysis bullosa, keratoderma palmoplantaris, psoriasis, recidiverende erysipelas en tylootisch eczeem;
- de spierziekten ALS en HMSN;
- de vaatandoeningen arteriële insufficiëntie, arteriosclerose obliterans, chronische tromboflebitis en ziekte van Buerger;
- dwarslaesie (verlamming door beschadigd ruggenmerg);
- hamertenen;
- parese (gedeeltelijke verlamming) van de voet, bijvoorbeeld door een CVA (beroerte);
- perifere neuropathie (zenuwpijn);
- reuma;
- spasme (te hoge spierspanning);
- sudeckse dystrofie/posttraumatische dystrofie (pijn na operatie of wond);
- ziekte van Kahler (vorm van beenmergkanker)

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- De behandeling is uitgevoerd door een medisch pedicure die aan de relevante kwaliteitseisen voldoet. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#).
- Op de nota staat om welke voetaandoening het gaat.

Vergoeding

• DAF Start Pakket	Maximaal € 70,- per kalenderjaar.
• DAF Plus Pakket	Maximaal € 75,- per kalenderjaar.
• DAF Extra Pakket	Maximaal € 75,- per kalenderjaar.
• DAF Top Pakket	Maximaal € 75,- per kalenderjaar.

- DAF Vip Pakket Maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Artikel 48 Podotherapie, podologie en steunzolen

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

- (sport)podotherapie door een (sport)podotherapeut;
- podologie door een podoloog;
- podoposturaal therapie door een podoposturaal therapeut;
- (sport)steunzolen (en reparatie daarvan) door een orthopedisch(e) schoenmaker(ij), podo(posturaal)therapeut of podoloog.

Voorwaarde voor vergoeding

De zorgverlener voldoet aan de relevante kwaliteitseisen. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#).

Vergoeding

- | | |
|--------------------|---|
| • DAF Start Pakket | Maximaal € 70,- per kalenderjaar; EN steunzolen/hulpmiddelen voetbehandeling: maximaal € 60,- per kalenderjaar. |
| • DAF Plus Pakket | Maximaal € 100,- per kalenderjaar. |
| • DAF Extra Pakket | Maximaal € 125,- per kalenderjaar. |
| • DAF Top Pakket | Maximaal € 250,- per kalenderjaar. |
| • DAF Vip Pakket | Maximaal € 500,- per kalenderjaar. |

Mondzorg

Artikel 49 Orthodontie

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige prestaties in verband met orthodontie, inclusief de materiaal- en techniekkosten.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van vervanging na verlies of reparatie na onzorgvuldig gebruik.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|---|
| • DAF Start Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Plus Pakket | Geen vergoeding. |
| • DAF Extra Pakket | Tot 18 jaar: 80% tot € 1.500,- voor de looptijd van de verzekering. |
| • DAF Top Pakket | Tot 18 jaar: 80% tot € 2.000,- voor de looptijd van de verzekering. |
| • DAF Vip Pakket | Tot 18 jaar: 100%;
Vanaf 18 jaar: € 500,- voor de looptijd van de verzekering. |

Artikel 50 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van de goedkoopste en meest eenvoudige behandeling door een tandarts, orthodontist, tandprotheticus of kaakchirurg binnen 1 jaar na het ongeval.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering.
- Het ongeval en de behandeling vinden plaats tijdens de looptijd van deze verzekering.
- De behandeling vindt plaats binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het bij kinderen tot 18 jaar noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen omdat het gebit niet volgroeid is.
- De behandeling is gericht op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven. Wij beoordelen of de behandeling doelmatig is en of aan bovenstaande voorwaarden is voldaan.

- Bij de aanvraag voor toestemming is een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's toegevoegd. Het behandelplan is opgesteld door de tandarts, orthodontist, kaakchirurg, tandprotheticus of implantoloog.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- ziekte of een ziekelijke afwijking bij de verzekerde;
- grove schuld of opzet van de verzekerde;
- het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door de verzekerde;
- deelname door de verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Vergoeding

- | | |
|--------------------|----------------------------------|
| • DAF Start Pakket | Maximaal € 10.000,- per ongeval. |
| • DAF Plus Pakket | Maximaal € 10.000,- per ongeval. |
| • DAF Extra Pakket | Maximaal € 10.000,- per ongeval. |
| • DAF Top Pakket | Maximaal € 10.000,- per ongeval. |
| • DAF Vip Pakket | Maximaal € 10.000,- per ongeval. |

DAF Vitaal module

Artikel 1 Budgetcoach

Omschrijving

De budgetcoach biedt begeleiding en ondersteuning bij het op orde brengen van uw financiële administratie en helpt financiële problemen voorkomen. Het contact verloopt per e-mail, telefonisch of online.

Door

- Gimd
- The Human Works

Vergoeding

- DAF Vitaal module: Maximaal 1 totaal traject tot € 312,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Online psychische hulp

Omschrijving

OpenUp biedt algemene preventieve psychische hulp. Bij Vitalmindz kun u een programma volgen voor: Werkstress, Angst en paniek, Stoppen met piekeren of Depressie.

Vergoeding

- DAF Vitaal module: OpenUp: 1 intake en maximaal 3 consulten per kalenderjaar;
Vitalmindz: 1 programma per kalenderjaar.

Artikel 3 Leefstijltraining

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 basis leefstijltraining voor:

- hartpatiënten;
- whiplashpatiënten;
- mensen met stress- en burn-outgerelateerde klachten.

Voorwaarden

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching of [NextSteps.nu](https://www.NextSteps.nu).

Vergoeding

- DAF Vitaal module: Maximaal 1 training tot € 1.500,- per kalenderjaar.

Artikel 4 Slaapcursus Somnio Compact

Omschrijving

Wij vergoeden de online cursus 'Somnio Compact', waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen.

Opmerking

Somnio declareert de rekening rechtstreeks bij ons.

Vergoeding

- DAF Vitaal module: Maximaal 1 traject 'Somnio Compact' per kalenderjaar.

Artikel 5 Voedingsvoorlichting

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een (sport)diëtist. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Door

- een gewichtsconsulent die is aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN);
- een sportdiëtist met een certificaat van de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportdiëtisten via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional;
- een diëtist die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Vergoeding

- DAF Vitaal module: Maximaal € 120,- per kalenderjaar.

Artikel 6 Begeleid/aangepast bewegen (beweegprogramma's)

Omschrijving

Een beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden en activeren van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl. De duur van het beweegprogramma ligt vooraf vast.

Uitsluiting

Binnen het programma is het doel een gedragsverandering te bereiken. Hieronder verstaan wij niet algemene beweegprogramma's met als doel verbetering van conditie.

Vergoeding

- DAF Vitaal module: Maximaal € 350,- per kalenderjaar.

Artikel 7 Mindfulness training

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Door

De training dient te worden gegeven door een Mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging:

- VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland), website: www.vmbn.nl; of
- VVM (Vereniging voor Mindfulness), website: www.verenigingvoormindfulness.nl.

Vergoeding

- DAF Vitaal module: Maximaal € 350,- per kalenderjaar.

Aevitae Ongevallen

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

- 1.1 Polisblad**
Onder het polisblad wordt verstaan het blad met de gegevens en de nadere bepalingen omtrent de voorwaarden van de verzekering.
- 1.2 Verzekeringnemer**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan en die als zodanig op het polisblad staat vermeld.
- 1.3 Verzekerde**
Degene op wiens leven of gezondheid de verzekering is gesloten en die als zodanig op het polisblad wordt genoemd.
- 1.4 Begunstigde**
Degene(n) aan wie de uitkering(en) en/of vergoeding(en) verschuldigd is/zijn.
- 1.5 Verzekeraar**
Aevitae B.V. als gevolmachtigde van de verzekeraar die op het polisblad staat vermeld.
- 1.6 Gebeurtenis**
Een voorval of een reeks met elkaar verband houdende voorvallen waarvan het plaatshebben bij het aangaan van de verzekering nog onzeker is en die schade in de zin van de verzekering veroorzaakt. Alle voorvallen van een reeks worden geacht te zijn ontstaan op het tijdstip waarop het eerste voorval is ontstaan.
- 1.7 Ongeval**
Een plotselinge, ongewilde, van buiten komende, onmiddellijke gewelddadige inwerking op het lichaam van de verzekerde, welke rechtstreeks en uitsluitend oorzaak is van objectief geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat rechtstreeks de dood of de blijvende invaliditeit tot gevolg heeft.
- 1.8 Uitbreidingen**
Met een ongeval worden gelijkgesteld:
a verbranding, bevrozing, blikseminslag, elektrische ontlading, zonnesteek;
b verdrinking, verstikking, binnenkrijgen van ziektekiemen door onvrijwillige val in water of in enige andere vloeibare of vaste stof;
c niet-bacteriële vergiftiging (niet zijnde virussen) voor zover niet toe te schrijven aan alcohol, verdovende, opwekkende, slaap- en geneesmiddelen, waaronder soft- en harddrugs;
d uitputting, verhongering of verdorsting als gevolg van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
e wondinfectie en bloedvergiftiging rechtstreeks verband houdend met een ongeval;
f miltvuur (antrax), ringvuur (trichofytie), ziekte van Bang (brucellose), sarcoptes-schurft, koepokken (vaccinia);
g verergering of complicaties van ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerste-hulpverlening of medische behandeling van ongevalsletsel;
h acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen /dampen van vaste of vloeibare stoffen (niet zijnde virussen of bacteriële ziektekiemen).
- 1.9 Blijvende invaliditeit**
Een blijvend geheel of gedeeltelijk verlies of functieverlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde.

Artikel 2 Verwerking persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw 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 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).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars en ons privacy statement. U vindt ons privacy statement op onze website.

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

Artikel 3 Kennisgeving

- 3.1** Kennisgevingen van de verzekeraar aan de verzekeringnemer kunnen worden gedaan aan het laatste bij de verzekeraar bekende adres, of aan het adres van de tussenpersoon via wiens bemiddeling de verzekering loopt. De verzekeringnemer kan zich er niet op beroepen dat de kennisgevingen hem zelf nimmer hebben bereikt.
- 3.2** Kennisgevingen door de verzekerde aan de verzekeraar kunnen schriftelijk worden gedaan aan het adres van de verzekeraar of aan het adres van de tussenpersoon via wiens bemiddeling de verzekering loopt. De verzekeringnemer blijft verantwoordelijk voor de correcte ontvangst van kennisgevingen door de verzekeraar. Kennisgevingen dienen derhalve bij voorkeur per aangetekende post te worden toegezonden.

Artikel 4 Duur en einde van de verzekering

- 4.1 De verzekeraar kan de verzekering beëindigen door schriftelijke opzegging aan de verzekeringnemer:**
- a met inachtneming van een opzegtermijn van één maand indien:
 - de verzekeraar de verzekering op de contractvervaldatum niet wil verlengen;
 - b met inachtneming van een opzegtermijn van één maand, indien:
 - de verzekerde de voor hem uit de verzekering voortvloeiende verplichtingen niet of niet ten volle nakomt;
 - c direct, indien:
 - in geval van schade de verzekerde opzettelijk een onvolledige of onjuiste opgave doet.
- 4.2** De verzekering eindigt automatisch dertig dagen nadat de verzekeringnemer in staat van faillissement verkeert of surséance van betaling heeft verkregen, tenzij de verzekeraar en de verzekeringnemer een afwijkende regeling zijn overeengekomen.
- 4.3** De verzekering eindigt automatisch bij beëindiging van de onlosmakelijk verbonden aanvullende zorgverzekering zoals vermeld op het polisblad.
- 4.4** De verzekering eindigt automatisch op 1 januari volgende op de dag waarop de verzekerde de leeftijd van tachtig jaar heeft bereikt.

Artikel 5 Omschrijving van de dekking

- 5.1 Verzekeringsgebied**
De verzekering is van kracht in de gehele wereld.
- 5.2 Ingeval van overlijden**
- a Verzekerd bedrag
De verzekering geeft dekking tot het verzekerde bedrag ad € 12.500,00 wegens overlijden indien verzekerde als rechtstreeks gevolg van een binnen de geldigheidsduur van de verzekering overkomen ongeval binnen drie jaar na het ongeval overlijdt.
 - b Voorafgaande uitkering
Indien voor de verzekerde voor hetzelfde ongeval reeds een uitkering voor blijvende invaliditeit heeft plaatsgehad, zal deze uitkering op de uitkering wegens overlijden in mindering worden gebracht. Indien de uitkering wegens blijvende invaliditeit hoger is dan de in verband met het overlijden verschuldigde uitkering, wordt het meerdere door de Verzekeraar niet teruggevorderd.

5.3 Ingeval van blijvende invaliditeit

a Verzekerd bedrag

De verzekering geeft dekking voor een aan de mate van invaliditeit gerelateerd gedeelte van het verzekerde bedrag ad € 25.000,00 wegens blijvende invaliditeit indien verzekerde als rechtstreeks gevolg van een binnen de geldigheidsduur van de verzekering overkomen ongeval binnen drie jaar na het ongeval blijvend invalide wordt.

b In afwijking van het hierboven onder a. bepaalde wordt van het verzekerde bedrag uitgekeerd:

Bij:

het als gevolg van traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van de geïntegreerde complexe hogere hersenfuncties	100%
het als gevolg van traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van het vermogen tot taalgebruik	90%
algehele ongeneeslijke verlamming	100%

Bij algeheel verlies of functieverlies van:

de arm tot in het schoudergewricht	75%
de arm tot in het ellebooggewricht of tussen elleboog- en schoudergewricht	65%
de hand tot in het polsgewricht of de arm tussen pols- en ellebooggewricht	60%
de duim	25%
de wijsvinger	15%
de middelvinger	12%
de ringvinger of de pink	10%
het been tot in het heupgewricht	70%
het been tot in het kniegewricht of tussen knie- en heupgewricht	60%
de voet tot in het enkelgewricht of het been tussen enkel- en kniegewricht	50%
de grote teen	10%
iedere andere teen	5%
reuk	15%
smaak	5%
nier of milt	10%

Bij algeheel verlies van:

het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
Het gezichtsvermogen van één oog	30%
het gehoor van beide oren	50%
het gehoor van één oor	20%

c In geval van samengestelde vinger- of handletsels zal nimmer meer dan 60% worden uitgekeerd;

d in geval van gedeeltelijk verlies of gedeeltelijk functieverlies wordt van de hierboven onder b genoemde percentages een evenredig deel, met inachtneming van de meest recente normen van de American Medical Association (A.M.A.) en de meest recente richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, uitgekeerd;

e ter zake van blijvende invaliditeit als gevolg van meerdere aan de verzekerde overkomen, achtereenvolgende, ongevallen wordt nimmer meer uitgekeerd dan het voor blijvende invaliditeit verzekerde en op het polisblad genoemde verzekerde bedrag;

f indien de verzekeraar in geval van het algeheel verlies van het gezichtsvermogen van één oog reeds 30% van het verzekerde bedrag heeft uitgekeerd, zal in geval van algeheel verlies van het gezichtsvermogen van het tweede oog 70% worden uitgekeerd;

g indien de verzekeraar in geval van het algeheel verlies van het gehoor van één oor reeds 20% van het verzekerde bedrag heeft uitgekeerd, zal in geval van algeheel verlies van het gehoor van het tweede oor 30% worden uitgekeerd;

5.4 Vermindering uitkering

Indien reeds voor het ongeval enig lichaamsdeel, orgaan of functie geheel of gedeeltelijk verloren was, heeft evenredige vermindering van de uitkering plaats.

5.5 Beroep/bezigheden

Voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit blijven het beroep of de bezigheden van de verzekerde buiten beschouwing.

5.6 Whiplash

Ten aanzien van acceleratie/deceleratietrauma van de cervicale wervelkolom waarbij sprake is van klachten evenwel zonder objectieve verschijnselen en waarbij verder wordt voldaan aan de criteria van het postwhiplash syndroom zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, wordt bepaald dat hiervoor maximaal 5% van het verzekerd bedrag bij blijvende invaliditeit wordt uitgekeerd. Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuropsychologische testen of vestibulair onderzoek, zijn verkregen geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 5%.

5.7 Rentevergoeding

Indien de verzekerde recht heeft op uitkering wegens blijvende invaliditeit en de omvang van de uitkering niet binnen 2 jaar nadat het ongeval bij de verzekeraar is gemeld, kan worden vastgesteld en indien en voor zover de verzekerde de in artikel 7 omschreven verplichtingen is nagekomen en dat blijft doen, verhoogt de verzekeraar de uitkering met een rente gelijk aan wettelijke rente vanaf de datum van het verstrijken van deze periode tot het tijdstip waarop de omvang van de uitkering door de verzekeraar is vastgesteld.

Artikel 6 Aanpassingen

De verzekeraar heeft het recht tussentijds de voorwaarden van de verzekering en bloc aan te passen. Verzekeraar zal verzekerde hierover schriftelijk informeren.

Artikel 7 Verplichtingen bij schade

- 7.1** De verzekerde is verplicht in geval van een gebeurtenis waarvan de financiële gevolgen ten laste van de verzekeraar (kunnen) komen:
- a daarvan de verzekeraar direct in kennis te stellen en een daarvoor bestemd volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier in te zenden onder overlegging van alle bescheiden;
 - b de verzekeraar zoveel mogelijk te ondersteunen in het leveren van bewijs dat tot opheldering van de toedracht van de gebeurtenis dient;
 - c het ontstaan of verergeren van schade zoveel mogelijk te beperken;
 - d de verzekeraar te machtigen om, indien dat wenselijk is, schade-experts of andere deskundigen in te schakelen;

7.2 Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde is verplicht in geval van een ongeval:

- a zich direct onder geneeskundige behandeling te (doen) stellen en alles in het werk te stellen om een spoedige genezing te bevorderen;
- b hiervan de Verzekeraar in kennis te stellen en wel zo spoedig mogelijk na het ongeval, uiterlijk binnen 14 dagen, onder overlegging van alle bescheiden;
- c zich op kosten van de verzekeraar door een door de verzekeraar aangewezen arts te doen onderzoeken;
- d zich op kosten van de verzekeraar voor een onderzoek te doen opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische inrichting;
- e de verzekeraar direct in kennis te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel;
- f alle door de verzekeraar gewenste gegevens te verstrekken;
- g geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de uitkering en/of vergoedingen van belang zijn;
- h de verzekeraar te machtigen bij derden inlichtingen in te winnen.

7.3 Verplichtingen van de erfgenamen

De wettige erfgenamen zijn verplicht in geval van een ongeval:

- a waardoor direct levensgevaar voor de verzekerde bestaat, direct mededeling aan de verzekeraar te doen;
- b waardoor de verzekerde is overleden, direct uiterlijk binnen 48 uur mededeling aan de verzekeraar te doen (bij voorkeur telefonisch of per faxbericht);
- c hun toestemming en medewerking te verlenen tot het nemen van alle maatregelen die de verzekeraar nodig acht ter vaststelling van de doodsoorzaak, waaronder sectie en exhumatie;
- d alle door de verzekeraar gewenste gegevens te verstrekken;
- e geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de uitkering van belang zijn;
- f de verzekeraar te machtigen bij derden inlichtingen in te winnen;
- g alles in het werk te stellen om gevolgen van het ongeval te beperken.

Indien de in dit artikel genoemde verplichtingen niet worden nagekomen, vervalt ieder recht op uitkering.

Artikel 8 Uitsluitingen

8.1 Uitgesloten zijn ongevallen die de verzekerde zijn overkomen:

- a door opzet of met goedvinden van de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende. Voor zelfverminking, zelfmoord of een poging daartoe bestaat geen dekking, ongeacht of verzekerde bij het uitvoeren van zijn voornemen al dan niet toerekeningsvatbaar is;

- b bij vechtpartijen of waagstukken anders dan tot rechtmatige (zelf)verdediging, redding of behoud van personen, dieren of goederen;
- c door ziekte of door geneeskundige behandeling met inbegrip van elke vorm van bestraling, tenzij zodanige behandeling of bestraling plaats had in verband met een ongeval of ongevalsgevolg, waarvoor door de verzekeraar op grond van deze polis uitkering werd of wordt verleend;
- d door het plegen van of de deelneming aan een misdrijf of een poging daartoe;
- e door gebruik van alcohol, of door geneesmiddelen, verdovende, slaap-, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder soft-en harddrugs;
- f bij deelname aan of de voorbereiding tot snelheids-, record-, prestatie- en betrouwbaarheidswedstrijden met motorrijtuigen en motorvaartuigen;
- g tijdens deelneming aan beroepssport; h bij voorbereiding tot of deelname aan gevechtssporten, dan wel wedstrijden met motorrijtuigen, rijwielen, paarden, ski-, slede-, ijshockey-, skelter- of rugbywedstrijden of tijdens berg- of gletscher-tochten die in de regel niet zonder gids worden ondernomen of ontdekkingsreizen;
- i tijdens het beoefenen van enige gevaarlijke sport zoals bijvoorbeeld abseilen, bungee- of basejumping. Een sport dient als gevaarlijk te worden aangemerkt, indien dat naar maatschappelijke normen, ter beoordeling van een scheidsman, als zodanig wordt beschouwd;
- j ten gevolge van deelneming aan luchtvaart anders dan als passagier die rechtmatig verblijft in een voor passagiersvervoer ingericht luchtvaartuig, terwijl dit voor burgerlijk luchtverkeer wordt gebruikt;
- k als amateur-zweefvlieger of als passagier van een zweefvliegtuig, tenzij wordt deelgenomen aan het burgerlijk luchtverkeer en het vliegtuig wordt bediend door een piloot die in het bezit is van een geldig zweefvliegbrevet;
- l tijdens of door de beoefening van onderwatersport waarbij gebruik wordt gemaakt van zogenoemde "onderwater-apparatuur";
- m doordat verzekerde als bestuurder van een motorrijtuig onder invloed is van bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder alcoholhoudende drank, soft-en harddrugs, tenzij verzekerde of de begunstigde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen het ongeval en het gebruik van genoemde middelen;
- n veroorzaakt door of ontstaan uit molest, zijnde:
 - een gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of minstens de een de ander, met militaire machtsmiddelen bestrijden. Het gewapend optreden van militaire eenheden onder de verantwoordelijkheid van internationale organisaties, zoals de Verenigde Naties, de Noord Atlantische Verdrags Organisatie of de West-Europese Unie, wordt ook hieronder verstaan;
 - een burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van dezelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 - een opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, dat gericht is tegen het openbaar gezag;
 - binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen die zich op verschillende plaatsen binnen een staat voordoen;
 - een oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging die gericht is tegen het openbaar gezag;
 - muiterij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van een gewapende macht, waarbij de beweging gericht is tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.
- o veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiende uit atoomkernreacties, onverschillig hoe de reactie is ontstaan. Onder atoomkernreacties is te verstaan elke kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplijting en kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve stoffen, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden voor of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden. Voorwaarde daarbij is wel dat een bevoegde overheid een vergunning heeft afgegeven voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. De uitsluiting blijft echter van kracht voor zover op basis van een wet of verdrag een derde aansprakelijk is voor de geleden schade. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;
- p terwijl de verzekering nietig is;
- q door juiste of onjuiste uitvoering van een last of een verordening tijdens enige in artikel 8.1.n bedoelde toestand of handeling.

8.2 Uitgesloten omstandigheden

uitgesloten zijn ongevallen waarbij verzekerde:

- a een verplichting niet nakomt, waardoor de belangen van de verzekeraar zijn of worden geschaad;
- b opzettelijk een onvolledige of onjuiste opgave doet;

8.3 Niet verzekerd

De verzekering dekt niet het ontstaan of de verergering van een ingewandsbreuk (hernia) of tussenwervelschijfletsel (hernia nuclei pulposi).

Artikel 9 Vaststelling van uitkering en/of vergoedingen

9.1 Recht op uitkering

De aanspraak op uitkering wordt door de verzekeraar beoordeeld aan de hand van de gegevens van door hem aan te wijzen medische en andere deskundigen.

9.2 Overlijden

De uitkering wegens overlijden wordt vastgesteld zodra het onderzoek naar het ongeval, de doodsoorzaak en het verband tussen beiden door de verzekeraar is afgesloten.

9.3 Blijvende invaliditeit

- a De uitkering wegens blijvende invaliditeit wordt vastgesteld, zodra:
 - 1 een blijvende toestand is ingetreden;
 - 2 zesendertig maanden na het ongeval zijn verstreken
- b Indien de verzekerde overlijdt voordat de mate van invaliditeit is vastgesteld, bestaat geen recht op uitkering, tenzij het overlijden geen rechtstreeks en onmiddellijk gevolg is van het ongeval, in welk geval de mate van invaliditeit wordt vastgesteld aan de hand van de aan de verzekeraar laatst bekende gegevens en de uitkering wordt gefixeerd ter grootte van de uitkering die vermoedelijk zou zijn bepaald, indien de verzekerde niet was overleden.

9.4 Vaststelling van de uitkering

- a Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt nimmer rekening gehouden met de psychische reactie op het ongeval of het daardoor veroorzaakte lichamelijk letsel of blijvende invaliditeit, ook al zou bedoelde psychische reactie op zichzelf in enige mate blijvende invaliditeit tot gevolg kunnen hebben.
- b De vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit zal in Nederland plaatsvinden, ook al is een verzekerde na het ongeval, of was verzekerde ten tijde van het ongeval al in het buitenland. De verzekerde zal in dat geval op eigen kosten naar Nederland terug dienen te komen ter vaststelling van de definitieve mate van blijvende invaliditeit. Voldoet verzekerde hieraan niet, dan vervalt daarmee zijn recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

9.5 Maximale uitkering

Het totaal van de uitkeringen, inclusief een rente gelijk aan de wettelijke rente, in geval van blijvende invaliditeit of overlijden zal nooit meer bedragen dan het op het polisblad vermelde verzekerde bedrag.

9.6 Begunstiging bij overlijden

Wanneer verzekerde overlijdt ten gevolge van een ongeval, wordt de uitkering betaald aan zijn wettige erfgenamen. Zij moeten een verklaring van erfrecht overleggen.

Maar wanneer verzekerde bij het afsluiten van zijn verzekering heeft opgegeven wie zijn overlijdensuitkering moet(en) ontvangen, gaat de uitkering naar deze rechthebbende(n). geen aanspraak op de uitkering hebben de Staat der Nederlanden en schuldeisers die geen erfgenamen zijn.

9.7 Geen overdracht

De vordering van de begunstigde jegens de verzekeraar ter zake van de uitkering bij overlijden is niet vatbaar voor overdracht aan derden.

Artikel 10 Verval van rechten

Onverminderd het in deze polisvoorwaarden bepaalde, vervalt ieder recht op uitkering zonder meer, indien de kennisgeving of mededeling op grond van artikel 7 later geschiedt dan 36 maanden nadat het ongeval heeft plaatsgevonden.

Artikel 11 Afstand van verhaal

De verzekeraar doet afstand van het recht om schade, met inbegrip van de ter zake gemaakte kosten, te verhalen op die verzekerden voor wie ter zake van de gebeurtenis, waarvoor de verzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden schadevergoeding verschuldigd is, de verzekering dekking geeft.

Artikel 12 Toepasselijk recht

Op de verzekeringsovereenkomsten is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 13 Klachtenbehandeling

- U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
- U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, www.kifid.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

Artikel 14 Geschillenregeling

Indien tussen de verzekeraar en verzekeringnemer verschil van opvatting ontstaat: a over de uitleg en toepassing van de verzekeringsvoorwaarden, of b over de vraag of een gebeurtenis al dan niet door de verzekering is gedekt, is de verzekeraar verplicht zijn standpunt schriftelijk en gemotiveerd aan de verzekeringnemer kenbaar te maken. De verzekeringnemer kan binnen twee maanden na dagtekening van het schrijven van de verzekeraar schriftelijk en gemotiveerd bezwaar maken. De verzekeraar is verplicht op het bezwaarschrift van de verzekeringnemer uiterlijk binnen twee maanden na het indienen ervan schriftelijk en gemotiveerd te antwoorden. Blijft de verzekeringnemer met de verzekeraar van mening verschillen, dan zal de verzekeraar op verzoek van de verzekeringnemer, mits binnen één maand na dagtekening van het laatste schrijven van de verzekeraar ingediend, het geschil voorleggen aan een in overleg met de verzekeringnemer aan te wijzen advocaat. De kosten van het advies van de aangewezen advocaat komen voor rekening van de verzekeraar. De verzekeraar conformeert zich op voorhand aan dit advies. Indien de verzekeringnemer zich met het advies niet kan verenigen, kan hij het geschil alsnog voorleggen aan de rechter. Indien de verzekeringnemer door de rechter alsnog in het gelijk wordt gesteld en het vonnis in kracht van gewijsde is gegaan, zal de verzekeraar de gemaakte externe kosten vergoeden, alsmede een rente gelijk aan de wettelijke rente.

Artikel 15 Begrenzing dekking Terrorismeschade

Naast de specifieke uitsluitingen als nader in de verzekeringsvoorwaarden omschreven is de dekking voor het terrorismerisico begrensd.

15.1 Bgripsomschrijvingen

In deze voorwaarden en de daarop berustende bepalingen wordt – voor zover niet anders blijkt – verstaan onder:

- a Terrorisme: gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.
- b Kwaadwillige besmetting: het – buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.
- c Preventieve maatregelen: van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.
- d Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT): een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in dit artikel onder lid a, b en c omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.
- e Verzekeringsovereenkomsten:
 - 1 Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder “staat waar het risico is gelegen” van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.

- 2 Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- 3 Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- f In Nederland toegelaten verzekeraars:
Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

15.2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

- a Indien en voor zover, met inachtneming van de in dit artikel onder lid 1.a, 1.b en 1.c gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:
 - 1 terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen;
 - 2 handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- b hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.
- c De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar.
Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen. d In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:
 - 1 schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
 - 2 gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per kalenderjaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in dit artikel onder lid 1.f tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen. Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

15.3 Uitkeringsprotocol NHT

- a Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.
- b De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.
- c Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in dit artikel onder lid 3.a bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.
- d De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van deze voorwaarden wordt beschouwd.

A Algemeen

1 Wie zijn wij en wat mag je van ons verwachten?

Wij zijn Aevitae B.V. gevolmachtigde van de verzekeraar die op het polisblad staat vermeld.

2 Hoe wordt de schade vastgesteld en vergoed?

- Je hoort zo snel mogelijk van ons of wij de schade vergoeden. En hoeveel de vergoeding bedraagt. De reactietermijnen vind je op onze website.
- Vul het schadeformulier volledig en naar waarheid in. Zo kunnen wij de schade goed vaststellen.
- Je moet in het bezit zijn van de originele rekeningen. Die kunnen wij namelijk bij je opvragen als bewijs.
- Vergoeden wij schade aan een verzekerd object? Dan mogen wij van je vragen dat je het eigendom aan ons overdraagt.

3 Wanneer vragen wij betaalde schade terug?

Wij vragen een schadevergoeding terug in de volgende gevallen:

- Is een ander aansprakelijk voor jouw schade? Dan hebben wij het recht om de schadevergoeding die we hebben betaald, terug te vragen aan die ander.
- Komen wij er achteraf achter dat een schade toch niet verzekerd is? Dan mogen wij de vergoeding terugvragen.

4 Meerdere verzekeringen

- Heb je recht op een vergoeding op basis van een andere verzekering, wet of regeling?
 - Dan krijg je via onze verzekering geen vergoeding;
 - We vergoeden wel de schade die niet door de andere verzekering, wet of regeling wordt betaald;
 - Voor een uitkering bij overlijden en/of invaliditeit door een ongeval geldt deze beperking niet;
 - Als wij toch op jouw verzoek schade vergoeden of kosten vooruitbetalen, draag je op dat moment je recht op vergoeding uit een andere verzekering, wet of regeling aan ons over.
- Heb je bij ons meerdere verzekeringen afgesloten voor hetzelfde risico? Dan krijg je via deze verzekering geen vergoeding.

5 Kunnen wij de voorwaarden wijzigen?

- Wij kunnen de voorwaarden wijzigen. Als wij dat doen, hoor je dat minimaal dertig dagen van te voren.

6 Wanneer kunnen wij de verzekering stopzetten?

Wij zetten de verzekering stop, als je:

- de hiermee verbonden zorgverzekering stopt.
- ons hebt misleid doordat je niet eerlijk of volledig bent geweest toen je de verzekering afsloot;
- bij schade expres een onjuiste voorstelling van zaken hebt gegeven;
- veel of onduidelijke schades meldt. Wij bekijken dan eerst wat de oorzaken zijn en of die in de toekomst voorkomen kunnen worden. Schatten wij in dat dit niet kan? Of wil je niet meewerken? Dan kunnen wij de verzekering beëindigen met een opzegtermijn van twee maanden. Je krijgt daarover een brief;
- hebt gefraudeerd, of ons opgelicht of bedrogen. Je krijgt daarover een brief. De verzekering eindigt op de datum die op die brief staat.

7 Wat doe je, als je een klacht hebt?

Je kunt er van uitgaan dat wij alles rond jouw verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor jouw klachten en suggesties. Je kunt jouw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie. Je ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op jouw klacht. Als je niet tevreden bent met de beslissing of als je binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt je jouw klacht of geschil voorleggen aan het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, www.kifid.nl. Je kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

8 Privacy en persoonlijke gegevens

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

Jouw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van jouw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- 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).

Op de verwerking van jouw persoonsgegevens is privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars en ons privacy statement. Je vindt ons privacy statement op onze website.

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

B Toelichting op de dekking

1 Wie zijn verzekerd?

Verzekerd zijn de personen die op het polisblad staan. De verzekering is ook geldig als de verzekerden afzonderlijk op vakantie gaan.

2 Vanaf wanneer ben je verzekerd?

- De ingangsdatum van de verzekering staat op het polisblad.
- De dekking gaat telkens in als een verzekerde en/of bagage het huisadres verlaat voor een reis. En eindigt bij terugkeer op het huisadres.

3 Waar is de verzekering geldig?

- De verzekering is geldig in de hele wereld .
- In Nederland is de verzekering geldig:
 - bij een meerdaagse reis met verblijf in een hotel, haven, of op een camping of bungalowpark. De dekking geldt niet als het verblijf op een vaste standplaats is;
 - als jouw reis in Nederland onderdeel is van een buitenlandse reis;

4 Hoe lang mag de reis duren?

Verzekerd zijn reizen van maximaal zestig aaneengesloten dagen.

Wat verwachten wij van je?

Zoals bij elke verzekering zijn er regels. Het is nodig dat jij je daaraan houdt. Wij verwachten dat je:

- bij schade binnen 28 dagen nadat je voor het eerst terug bent in Nederland de schade meldt. Heb je een geldige reden dat dit niet lukt, dan geldt een uiterste termijn van 180 dagen na terugkeer in Nederland.
- op onze voorstellen reageert. Hiervoor geldt een uiterste termijn van 180 dagen;
- ons de juiste en noodzakelijke informatie geeft en je jezelf op de hoogte stelt van alle relevante belangrijke informatie;
- je aan de wet houdt;
- goed zorgt voor je spullen;
- al het mogelijke doet om de schade te beperken;
- datgene naar ons stuurt waarom wij vragen.

Let op:

Als jij je niet aan de regels houdt, kan het zijn dat je niet verzekerd bent. Ook is het mogelijk dat wij je schade niet vergoeden en de verzekering stopzetten.

Wat is nooit verzekerd?

Hier staat wat nooit verzekerd is. Bij de inhoud van elke dekking staat wat er aanvullend voor die dekking ook niet verzekerd is.

a Wij bieden geen hulp en vergoeden geen schade:

- als je niet voldoende voorzichtig bent geweest. Je moet redelijke maatregelen hebben genomen om de schade te voorkomen. Voor een uitgebreider overzicht kun je artikel 'Voorzichtig met je spullen omgaan' lezen;
- als je vliegt met niet-erkende luchtvaartmaatschappijen;
- als je als bemanningslid deelneemt aan het vliegverkeer;
- als je deelneemt aan wedstrijden of voorbereidingen daarop;
- als je deelneemt aan ballonvaarten of onderwatertochten per onderzeeër;
- bij het beoefenen van de volgende sporten: boksen, worstelen, karate en andere gevechtssporten, jiu jitsu en rugby.

b Wij bieden ook geen hulp of vergoeding, als je:

- spullen in beslag worden genomen of verbeurd worden verklaard;
- de kosten redelijkerwijs kon verwachten. Bijvoorbeeld door bestaande ziekte of gebreken;
- deelneemt aan gijzeling, kaping, staking of terrorisme of hierbij willens en wetens aanwezig bent;
- anders dan als passagier verblijft op een schip buiten de territoriale zee.

c Wij bieden geen hulp en vergoeden geen schade, als die is ontstaan door:

- deelname aan strafbare feiten. Of doordat je veiligheidsvoorschriften hebt overtreden;
- opzet, grove schuld of nalatigheid. Hieronder valt ook (poging) tot zelfdoding;
- deelnemen aan misdaden, ruzies en vechtpartijen;
- overmatig gebruik van alcohol of verdovende middelen;
- gevaarlijke handelingen (waagstuk) en deelnemen aan expedities;
- molest (behalve als je kunt bewijzen dat je schade hiermee niets te maken heeft);
- atoomkernreacties

d Wij bieden ook geen hulp of vergoeding:

- als je niet voldoende voorzichtig bent geweest. Je moet redelijke maatregelen hebben genomen om de schade te voorkomen;
- als je ons opzettelijk onjuiste informatie hebt gegeven bij het afsluiten van de verzekering of bij schade. Hieronder valt ook dat je niet meewerkt met de afhandeling van de schade;
- als je belangrijke informatie of wijzigingen niet hebt doorgegeven;
- als je de schade op basis van een regeling, wet of een andere verzekering al krijgt vergoed. Of vergoed zou krijgen, als je niet bij ons verzekerd was geweest;
- aan personen, ondernemingen, overheden en andere partijen aan wie dit niet is toegestaan, als gevolg van nationale of internationale afspraken (sanctielijsten).

Voorzichtig met je spullen omgaan

- De verzekering is uitsluitend geldig als je voldoende voorzichtig bent geweest. Je moet je best hebben gedaan om diefstal, verlies, vermissing of beschadiging te voorkomen. Dit is een lastig onderwerp, omdat het vaak afhangt van de specifieke situatie. Ons uitgangspunt is of je redelijkerwijs betere maatregelen had kunnen nemen om de schade te voorkomen. Als dat het geval is, dan betalen wij de schade niet. Hieronder zie je voorbeelden van situaties waarin wij de schade niet betalen.

Wij vergoeden de schade niet, als:

- je spullen onbeheerd achterlaat;
- je spullen in de auto of een ander motorrijtuig achterlaat. Je bent wel verzekerd, als de auto goed is afgesloten en de spullen van buitenaf niet zichtbaar zijn. Daarbij moet de schade zijn veroorzaakt tussen 07.00 uur en 22.00 uur en moeten er sporen van inbraak zijn;

Ook vergoeden wij geen schade als:

- je digitale/elektrische apparatuur, reisdocumenten, kostbaarheden of geld buiten handbereik achterlaat. Let op, we vergoeden deze spullen ook niet als je ze in een goed afgesloten vervoermiddel achterlaat, ook al is het tussen 07.00 uur en 22.00 uur. Of zonder toezicht in een niet goed afgesloten ruimte;
- digitale/elektrische apparatuur wordt gestolen uit de camper, caravan of het pleziervaartuig. Behalve als deze spullen zijn opgeborgen in een goed afgesloten opbergruimte en er sporen van inbraak zijn;
- digitale/elektrische apparatuur wordt gestolen uit de tent;
- kostbaarheden worden gestolen uit de tent, caravan, het pleziervaartuig, de auto of ander vervoermiddel;
- kostbaarheden worden gestolen uit de caravan, camper of het pleziervaartuig. Behalve als deze in de kluis waren opgeborgen en er sporen van inbraak zijn;
- er sprake is van diefstal van bagage uit een auto en/of caravan/ camper die al is ingepakt voor vertrek naar de reisbestemming. Dit geldt ook als het hele voertuig wordt gestolen.

8 Begripsomschrijvingen

Hier vind je de uitleg (definities) van de gebruikte begrippen. Bij de inhoud van de dekkingen worden nog enkele begrippen uitgelegd.

Atoomkernreacties: Elke kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernsplijting, of kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

Bijzondere sporten: Sporten die een meer dan normaal risico met zich meebrengen, waaronder jagen, bergbeklimmen, klettern, abseilen, speleologie, bungee-jumping, parachutespringen, paragliding, hang-glijding, ultralight vliegen en zweefvliegen.

Bijzondere wintersporten: Wintersporten die een meer dan normaal risico met zich meebrengen, waaronder ijsklimmen, skeleton, bobsledrijden, ijshockey, speedskiën, speedraces, skijoring, skispringen, ski-vliegen, figuurspringen bij freestyle skiën, ski-alpinisme, paraskiën en heliskiën.

Gezinsleden: Partner met wie de verzekeringnemer samenwoont en/of inwonende kinderen van verzekerde tot 27 jaar.

Je/jij: De verzekerde personen.

Je/Verzekeringnemer: De persoon die de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

Molest: Hieronder verstaan we gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Deze zes vormen van molest en de definities ervan zijn onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars is gedeponneerd.

Noodzakelijke kosten: Kosten die niet uitgesteld kunnen worden tot na terugkeer in Nederland.

Verzekerde(n): Je/verzekeringnemer en de gezinsleden die worden vermeld op de polis. Alle verzekerden moeten zijn ingeschreven in Nederland. En moeten daar ook wonen.

We/Wij/Ons/Verzekeraar: Aevitae B.V. gevolmachtigde en AWP P&C SA (met statutaire zetel in Parijs, Frankrijk), ook bekend onder de naam Allianz Global Assistance. Adres: Poeldijkstraat 4, 1059 VM Amsterdam.

Wintersport: Elke van sneeuw en/of ijs afhankelijke sport met een normaal risico.

C Inhoud van de dekking

1 Bagage

Wat betekenen de volgende begrippen in deze dekking?

- **Bagage:** dit zijn de spullen die je als verzekerde voor persoonlijk gebruik meeneemt op reis.
- **Reisdocumenten:** rij- en kentekenbewijzen, kentekenplaten, vervoerbiljetten die speciaal voor gebruik tijdens de reis zijn aangeschaft, identiteitsbewijzen, toeristenkaarten, paspoorten, laissez-passers, skipassen en visa. De kosten van het opnieuw aanschaffen worden vergoed, met uitzondering van reis-, verblijf- en telecommunicatiekosten.
- **Digitale/elektrische apparatuur:**
 - a foto-, film-, video/dvd-apparatuur. Inclusief eventuele bijbehorende beeld-, geluids-, en informatiedragers;
 - b geluids- en beeldapparatuur. Hieronder vallen ook muziekdragers, waaronder iPods en MP3-spelers, en navigatie-apparatuur die niet is ingebouwd in de auto;

- c computers. Waaronder ook: organisers inclusief randapparatuur, software en eventuele bijbehorende beeld-, geluids-, en informatiedragers;
- d telecommunicatie-apparatuur. Bijvoorbeeld: mobiele telefoons, smartphones, iPhones (inclusief toebehoren). Dit geldt ook als deze voorzien zijn van een foto- of videocamera;
- e radio- en televisietoestellen.
- **Kostbaarheden:** dit zijn kostbare zaken. Denk hierbij aan sieraden, horloges, bontwerk, edelstenen, parels, kijkers en voorwerpen van goud, zilver of platina.
- **Nieuwwaarde:** dit is het bedrag dat je nodig hebt om het voorwerp nieuw te kopen. Het gaat hier om een voorwerp van dezelfde soort en kwaliteit.

Let op: In aanvulling op wat nooit is verzekerd, is voor deze dekking ook niet verzekerd:

- Diefstal, verlies of beschadiging van geld.
- Foto's, documenten en waardepapieren. Hieronder vallen ook voorwerpen met kunst- of verzamelwaarde.
- Zakelijke goederen. Dat wil zeggen, spullen die je voor beroep of bedrijf gebruikt.
- Goederen die geleend zijn, uitgeleend, verhuurd of in bewaring gegeven aan anderen dan jijzelf of een medeverzekerde.
- Schade door langzaam werkende invloeden. Bijvoorbeeld: slijtage en insecten.
- Schade door een gebrek van of in de spullen zelf.
- Ontsieringen zoals krassen, deuken en vlekken.
- Vervoersmiddelen en onderdelen daarvan, zoals motorvoertuigen, aanhangers, caravans inclusief luifels, luchtvaartuigen en boten. Een fiets is wel verzekerd en zien wij als overige bagage.
- Breuk van breekbare voorwerpen. Dit is wel verzekerd, als het is veroorzaakt tijdens een ongeval met het vervoermiddel, of door inbraak, diefstal, beroving of brand.

Verzekerd	Diefstal, vermissing of beschadiging • Digitale/elektrische apparatuur inclusief toebehoren - Telecommunicatie-apparatuur - Kostbaarheden - (Tand)prothesen/gehoorapparatuur - Contactlenzen en brillen • Overige bagage, maximaal per voorwerp • Tijdens de reis gekochte spullen • Cadeautjes voor anderen • Vervangende kleding en toiletartikelen als de bagage wordt vermist of vertraagd aankomt	Maximaal € 3.500 • € 1.000 - € 100 - € 250 - € 250 - € 250 • € 500 • € 350 • € 250 • € 250
Eigen risico	• Per gebeurtenis • Voor vervangende kleding/toiletartikelen	€ 75 geen
Bijzonderheden	• Digitale apparatuur, kostbaarheden en reisdocumenten moeten tijdens het vervoer worden meegenomen als handbagage. • Voorwerpen die samen een uitrusting vormen, zien wij als één voorwerp. Denk hierbij aan camera's, objectieven, filters, statieven en draagtassen.	
Bij schade	• Is er sprake van verlies, diefstal of vermissing? Dan doe je onmiddellijk aangifte bij de politie in de plaats waar het is gebeurd. Verblijf je in een hotel, doe dan ook aangifte bij de hoteldirectie. Bij schade of diefstal tijdens vervoer moet je aangifte doen bij de vervoersonderneming. • Wij vergoeden de kosten van herstel (reparatiekosten). Maar, we mogen de schade ook (gedeeltelijk) in natura vergoeden. • Je ontvangt een schadevergoeding, als de schade niet gerepareerd kan worden, bij verlies, bij vermissing of bij diefstal. De vergoeding baseren we op de nieuwwaarde. Bij spullen die ouder zijn dan een jaar, trekken we hiervan een bedrag af. Dit is het bedrag dat een voorwerp minder waard wordt doordat het ouder wordt. Als de herstellkosten boven dit bedrag uitkomen, vergoeden we het bedrag dat het voorwerp nog waard is. • Wij vergoeden nooit meer dan het verzekerde voorwerp oorspronkelijk heeft gekost.	

2 **Schade aan vakantieverblijven.**

Wat betekent het begrip 'vakantieverblijven' in deze dekking?

Met vakantieverblijven bedoelen wij de door u gehuurde ruimte voor uw vakantie zoals vakantiehuisje, hotelkamer, caravan of tent.

Verzekerd	In aanvulling op de 'Bagage' dekking is verzekerd schade aan vakantieverblijven.	€ 250
Eigen risico		€ 75

3 **Extra tijdens Wintersport**

Verzekerd	- De Bagage is ook verzekerd tijdens wintersport. - Wat je vooruitbetaald hebt en door een ongeval of een ziekenhuisopname niet kunt gebruiken. Of als je door een verzekerde gebeurtenis moet terugkeren naar Nederland. Hierbij gaat het om: - toegang; - gehuurde sportgoederen; - Zijn jouw eigen sportgoederen gestolen of onherstelbaar beschadigd geraakt? Dan vergoeden we wat het kost om nieuwe te huren.	- Tot maximaal de bedragen genoemd bij Bagage. - Noodzakelijke kosten - Noodzakelijke kosten - Noodzakelijke kosten
Eigen risico		Het eigen risico zoals genoemd bij Bagage.



Met de kracht van aandacht.

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.

Aevitae

Nieuw Eyckholt 284
6419 DJ Heerlen
Postbus 2705
6401 DE Heerlen
KvK 31047513
info@aevitae.com