

Polisvoorwaarden 2026

Q-Jongeren

Q-Gezinnen

Q-50+

Aevitae Ongevallen



ævitæ

Postbus 2705 • 6401 DE Heerlen
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. Kijk voor onze contactmogelijkheden en actuele openingstijden op aevitae.com/service-contact. Tijdens de overstepweken in december hanteren wij ruimere openingstijden om u nog beter van dienst te zijn.

Rekeningen insturen

Als u zelf een rekening hebt ontvangen, dan kunt u deze digitaal declareren via [Mijn Aevitae](#). Ook kunt u via Mijn Aevitae gemakkelijk zelf uw persoonsgegevens aanpassen, zorgkosten inzien of uw pakketten wijzigen.

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

Postadres

Aevitae
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Bezoekadres

Aevitae
Nieuw Eyckholt 284
6419 DJ Heerlen

Goedkeuring nodig?

Wilt u weten voor welke zorg u vooraf onze goedkeuring nodig hebt? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. U stuurt de aanvraag voor goedkeuring voor een behandeling naar het bovenstaande postadres ter attentie van Team Medical.

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

Klachten

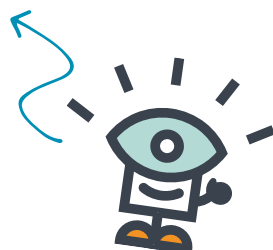
Wij proberen u, als klant van Aevitae, met alles zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dus bent u niet tevreden over een beslissing die wij hebben genomen over onze service of de service van één van uw zorgverleners? Dan horen wij dat graag. Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen op aevitae.com/klachten.

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.
1		Begripsomschrijvingen	4
2		Algemene voorwaarden	8
Artikel 1	8	Verzekerde zorg	8
Artikel 2	11	Algemene bepalingen	11
Artikel 3	12	Betalingen	12
Artikel 4	13	Overige verplichtingen	13
Artikel 5	13	Wijziging premie en voorwaarden	13
Artikel 6	13	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	13
Artikel 7	15	Klachten en geschillen	15
Artikel 8	15	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	15
3		Vergoedingen	15
Artikel 1	15	Alternatieve zorg	15
Artikel 2	16	Beweegprogramma's	16
Artikel 3	16	Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar	16
Artikel 4	16	Fysiotherapie	16
Artikel 5	17	Ergotherapie	17
Artikel 6	18	Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in het buitenland	18
Artikel 7	18	Spoedeisende zorg in het buitenland tijdens vakantie of tijdelijk verblijf	18
Artikel 8	19	Repatriëring vanuit het buitenland	19
Artikel 9	19	Tandheelkundige zorg in het buitenland	19
Artikel 10	19	Flapoorcorrectie tot 18 jaar	19
Artikel 11	20	Inloophuizen	20
Artikel 12	20	Sterilisatie	20
Artikel 13	20	Kraampakket	20
Artikel 14	20	Eigen bijdrage bevalling	20
Artikel 15	21	Kraamzorg	21
Artikel 16	21	Lactatiekundige zorg	21
Artikel 17	21	Bevallingscursus	21
Artikel 18	22	Huidbehandelingen	22
Artikel 19	23	Brillen, lenzen en ooglaseren	23
Artikel 20	23	Hulpmiddelen	23
Artikel 21	25	Diabetes testmaterialen	25
Artikel 22	25	Vervangende mantelzorg	25
Artikel 23	26	Mantelzorgcursus	26
Artikel 24	26	Mantelzorgmakelaar	26
Artikel 25	27	Preventie	27
Artikel 26	28	Dieetadvisering	28
Artikel 27	28	Overgangsconsulent	28
Artikel 28	29	Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	29
Artikel 29	29	Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval	29
Artikel 30	30	Orthodontie	30
Artikel 31	30	Overnachting in een logeerkamer	30
Artikel 32	30	Therapeutisch kamp voor kinderen	30
Artikel 33	31	Eigen bijdrage hospice	31
Artikel 34	31	Podotherapie, podologie en steunzolen	31
Artikel 35	31	Pedicure	31
Artikel 36	32	Voorbehoedsmiddel, condooms	32
Artikel 37	32	Griepvaccinatie	32
Artikel 38	32	Preventief onderzoek	32
Artikel 39	33	Online gezondheidsprogramma	33
Artikel 40	33	Reiskosten ziekenbezoek	33
Artikel 41	34	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	34
		Aevitae Ongevallen	35

1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering(en)

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Aevitae

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

Apotheek

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

Apotheekhoudende

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

Arts

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

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

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

Basisverzekering / Zorgverzekering

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

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

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

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Collectieve overeenkomst

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

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

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

Sportkeuring

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

Sportmedisch onderzoek

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Toestemming (machtiging)

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

U/uw

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verzekeraar

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Aevitae.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

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

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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

Zorggroep

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

Zorghotel

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

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

2 Algemene voorwaarden

Welkom bij Aevitae

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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

1.2 Medische noodzaak

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

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

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

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruikmaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven. Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders en van de tarieven die wij vergoeden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

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

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

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

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

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 munitie;
- 1.10.9 veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- 1.10.10 of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae.

1.11 Recht op (vergoeding van de kosten van) zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het 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 Verschuldigheid van premie

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

3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

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

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

3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

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

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

3.3.2 Voor betaling per acceptgiro 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 brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning. Dit is 14 dagen na ontvangst van de aanmaning. Voor de hoogte van de incassokosten verwijzen we naar het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten (BIK).
- 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 (tand) verzekering alleen sluiten als aanvulling op de basisverzekering die u bij ons heeft afgesloten. Het afsluiten van een aanvullende (tand) verzekering zonder basisverzekering is niet mogelijk tenzij met uw werkgever afzonderlijke afspraken gemaakt zijn die betrekking hebben op een werknemerspakket.

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.

3 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 (voor consulten en geneesmiddelen samen)

- Q-Jongeren Maximaal € 200,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 30,- per dag.
- Q-Gezinnen Maximaal € 350,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 40,- per dag.
- Q-50+ Maximaal € 350,- per kalenderjaar, consulten maximaal € 40,- per dag.

Artikel 2 Bewegprogramma's

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van onderstaande bewegprogramma's die worden gegeven door een speciaal opgeleide fysiotherapeut en/of oefentherapeut:

- bewegprogramma's gericht op COPD, diabetes mellitus, hartzieken, obesitas, osteoporose, reuma of revalidatie bij een oncologische aandoening;
- het bewegprogramma 'Meer Bewegen voor Ouderen' (MBvO).

Voorwaarden voor vergoeding

Het bewegprogramma is voorgeschreven door een (huis)arts.

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal € 350,- per 3 kalenderjaren.
- Q-Gezinnen Maximaal € 350,- per 3 kalenderjaren.
- Q-50+ Maximaal € 350,- per 3 kalenderjaren.

Artikel 3 Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

Omschrijving

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

- anticonceptiepil;
- hormonale pleister;
- hormoonstaafje;
- implanon;
- nuva-ring;
- pessarium;
- prikpil;
- spiraaltjes.

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 apothekhoudend huisarts.

Opmerking

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

Vergoeding

- Q-Jongeren 100%
- Q-Gezinnen 100%
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 4 Fysiotherapie

4.1 Fysiotherapie, oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oedeemtherapie

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

- Q-Jongeren Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal 13 behandelingen per kalenderjaar.

4.2 Fysio Zelfcheck app

Omschrijving

Fysio Zelfcheck is een app ontwikkeld door en van fysiotherapeuten. De Fysio Zelfcheck biedt op laagdrempelige wijze oefeningen, informatie en tips waarmee u zelf actief aan de slag kunt met het oplossen van uw klachten. Het is geschikt wanneer u last heeft van milde klachten aan het bewegingsapparaat, zoals pijnlijke schouders, lage rugpijn of klachten bij/ na het sporten.

U krijgt volledige toegang tot de Fysio Zelfcheck via Mijn Aevitae. Via Mijn Aevitae komt u op een registratiepagina van Fysio Zelfcheck app. U kunt de Fysio Zelfcheck downloaden via de app-store (IOS en Android). Kijk voor meer informatie op fysiozelfcheck.nl.

Over de Fysio Zelfcheck

Bij veel mensen verminderen of verdwijnen veelvoorkomende, milde klachten aan het bewegingsapparaat binnen een aantal weken met rust en eenvoudige oefeningen. De Fysio Zelfcheck kan in deze situaties helpen. Gebruikers van de Fysio Zelfcheck starten met het invullen van een vragenlijst. Dit zijn vragenlijsten die voldoen aan de actuele richtlijnen van de beroepsgroep. Op basis daarvan krijgt de gebruiker informatie, tips en een serie oefeningen voorgesteld. Met verschillende instructiefilmpjes en vlogs van, veelal specialistische fysiotherapeuten kan de gebruiker aan de slag met de oefeningen. Blijkt uit de vragenlijst dat er extra hulp nodig is, dan volgt er een advies om een afspraak te maken bij een (gespecialiseerde) fysiotherapeut of huisarts.

Vergoeding

- Q-Jongeren 100%
- Q-Gezinnen 100%
- Q-50+ 100%

Artikel 5 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal 2 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering.
- Q-50+ Maximaal 2 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering.

Artikel 6 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in het buitenland

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van consulten, noodzakelijke vaccinaties (inenting) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het consult, de noodzakelijke vaccinaties en /of het recept voor preventieve geneesmiddelen worden geleverd door Reisprik.nl. U vindt een locatie bij u in de buurt in de Zoek jouw zorgverlener.
- De voorgeschreven geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apotheek of apotheekhoudende huisarts die wij gecontracteerd hebben.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen.
- Wij vergoeden de kosten niet wanneer het consult, de vaccinaties en/of de preventieve geneesmiddelen worden afgenomen van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding

- Q-Jongeren 100%
- Q-Gezinnen 100%
- Q-50+ 100%

Artikel 7 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

- Q-Jongeren Volledig, in aanvulling op de basisverzekering.
- Q-Gezinnen Volledig, in aanvulling op de basisverzekering.
- Q-50+ Volledig, in aanvulling op de basisverzekering.

Artikel 8 Repatriëring vanuit het buitenland

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch noodzakelijke repatriëring per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
- vervoer, na uw overlijden, van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- De Alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:
 - de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel.
 - behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.
- De Alarmcentrale heeft vooraf goedkeuring gegeven en regelt het vervoer. Het telefoonnummer van de alarmcentrale is 088 35 35 705.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers;
- vervoer naar Nederland zonder medische noodzaak;
- vervoer naar Nederland dat te verwachten (voorzien) was. Dit vervoer naar Nederland was te voorzien, omdat je al ziek was of de aandoening al had;
- vervoer welke niet door onze alarmcentrale is verzorgd en goedgekeurd.

Vergoeding

- Q-Jongeren 100%
- Q-Gezinnen 100%
- Q-50+ 100%

Artikel 9 Tandheelkundige zorg in het buitenland

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

- Q-Jongeren Maximaal € 275,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 275,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 275,- per kalenderjaar.

Artikel 10 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen 100%
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 11 Inloophuizen

Omschrijving

Wij vergoeden geestelijk maatschappelijke zorg in een inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten, hun eventuele partner en hun gezinsleden. Zijn deze partner en gezinsleden zelf bij ons verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg, dan komen de kosten voor vergoeding in aanmerking onder hun eigen aanvullende verzekering. Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de aanvullende verzekering van de verzekerde patiënt zelf.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij hebben het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten erkend, als het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt. Waar een inloophuis aan moet voldoen, kunt u vinden op onze website.

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Artikel 12 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Man: maximaal € 400,- eenmalig;
Vrouw: maximaal € 1.250,- eenmalig.
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 13 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

- Q-Jongeren 1 pakket per zwangerschap.
- Q-Gezinnen 1 pakket per zwangerschap.
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 14 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen 100%
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 15 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal 12 uur verdeeld over 4 dagen.
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 16 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 17 Bevallingscursus

Omschrijving

Wij vergoeden voor de zwangere verzekerde de cursussen als voorbereiding op de bevalling. De cursus start tijdens de zwangerschap en eindigt uiterlijk 6 maanden na de bevalling.

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 18 Huidbehandelingen

18.1 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

- Q-Jongeren Maximaal € 230,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 230,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 230,- per kalenderjaar.

18.2 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

- Q-Jongeren Maximaal € 200,- voor de looptijd van de verzekering.
- Q-Gezinnen Maximaal € 200,- voor de looptijd van de verzekering.
- Q-50+ Maximaal € 200,- voor de looptijd van de verzekering.

18.3 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

- Q-Jongeren Maximaal € 570,- voor de looptijd van de verzekering.
- Q-Gezinnen Maximaal € 570,- voor de looptijd van de verzekering.
- Q-50+ Maximaal € 570,- voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 19 Brillen, lenzen en ooglaseren

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

- de kosten van brillenglazen (met bijbehorend montuur) of contactlenzen op sterkte;
- de kosten van een ooglaserverhandeling.

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

- Q-Jongeren Maximaal € 100,- per 2 kalenderjaren.
- Q-Gezinnen Maximaal € 150,- per 2 kalenderjaren.
- Q-50+ Maximaal € 100,- per 2 kalenderjaren.

Artikel 20 Hulpmiddelen

A Hoortoestellen en toebehoren

Omschrijving

Wij vergoeden:

- de wettelijke eigen bijdrage voor hoortoestellen in aanvulling op de basisverzekering;
- 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Geen vergoeding.
- Q-50+ Maximaal € 300,- per hoortoestel.

B 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 borstampuutatie.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal € 90,- voor de looptijd van de verzekering.
- Q-Gezinnen Maximaal € 90,- voor de looptijd van de verzekering.
- Q-50+ Maximaal € 90,- voor de looptijd van de verzekering.

C ADL-hulpmiddelen

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van ADL-hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals:

- wassen;
- aankleden en drogen;
- de toiletgang;
- koken en eten.

Zie de [Lijst ADL-hulpmiddelen](#) voor het complete overzicht van ADL-hulpmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen.

Voorwaarde voor vergoeding

- Er is sprake van een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis.
- Een ergotherapeut heeft vastgesteld welke ADL-hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn. Dit behandelvoorstel stuurt u mee met de nota.

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Geen vergoeding.
- Q-50+ Maximaal € 100,- per kalenderjaar.

D 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 de vergoedingstermijn in 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Geen vergoeding.
- Q-50+ Maximaal € 75,- per kalenderjaar.

E Steunpessarium

Omschrijving

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

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen 100%
- Q-50+ 100%

F Plaswekker

Omschrijving

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

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen 100%
- Q-50+ Geen vergoeding.

G Thuisbewakingsmonitor

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van een thuisbewakingsmonitor.

Voorwaarden voor vergoeding

Er is sprake van een eerder geval van overlijden van een baby in de wieg (wiegendoodervaring) in het gezin.

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen 100%
- Q-50+ Geen vergoeding.

H Thuisverzorgingsartikelen

Omschrijving

Wij vergoeden thuisverzorgingsartikelen zoals bijvoorbeeld latex handschoenen, ketonenstrips of een Habermanspeen. De artikelen worden ingezet bij de verzorging, en/of bescherming van een zieke en de (mantel)zorg in de thuissituatie.

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen 50%
- Q-50+ 75%

I Alarmering bij epilepsie

Omschrijving

Wij vergoeden thuisverzorgingsartikelen zoals bijvoorbeeld latex handschoenen, ketonenstrips of een Habermanspeen. De artikelen worden ingezet bij de verzorging, en/of bescherming van een zieke en de (mantel)zorg in de thuissituatie.

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Geen vergoeding.
- Q-50+ 100%

Artikel 21 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal € 40,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 40,- per kalenderjaar.

Artikel 22 Vervangende mantelzorg

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van tijdelijke overname van mantelzorg in afwezigheid van de mantelzorg 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 zorgverlener is aangesloten bij een mantelzorgnetwerk. Zie de [Lijst kwaliteitseisen voor zorgverleners](#).
- 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

- Q-Jongeren Maximaal € 2.250,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 2.250,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 2.250,- per kalenderjaar.

Artikel 23 Mantelzorgcursus

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van een cursus mantelzorg voor diegene die mantelzorg verleent en onder deze voorwaarden bij ons verzekerd is.

Voorwaarde voor vergoeding

De cursus is georganiseerd door de GGD, een thuiszorgorganisatie, patiëntenvereniging of een organisatie voor mantelzorgondersteuning.

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal € 150,- voor de looptijd van de verzekering.
- Q-Gezinnen Maximaal € 150,- voor de looptijd van de verzekering.
- Q-50+ Maximaal € 150,- voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 24 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van een mantelzorgmakelaar voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar neemt in overleg met de mantelzorger regeltaken rond zorg, welzijn of financiën over om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt. De mantelzorgmakelaar kan ingeschakeld worden door diegene die mantelzorg verleent. De mantelzorgmakelaar is te vinden via BMZM (www.bmzm.nl).

Voorwaarde voor vergoeding

De mantelzorger is verzekerd voor deze vergoeding.

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal 7 uur voor de looptijd van de verzekering.
- Q-Gezinnen Maximaal 7 uur voor de looptijd van de verzekering.
- Q-50+ Maximaal 7 uur voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 25 Preventie

A Cursussen en voorlichting

Omschrijving

1. Cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen, zoals cursussen gericht op:
 - periode rondom zwangerschap;
 - voeding;
 - stoppen met roken;
 - eerste hulp aan kinderen.
2. Cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening. Zoals leren omgaan met diabetes, reuma, astma of dementie.

Door

- Omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, kraamcentrum, GGD of RIAGG.
- Omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).
- U dient een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons te overleggen.

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 100,- per kalenderjaar.

B 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

- Q-Jongeren Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 150,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 150,- per kalenderjaar.

C Algemene check-up (PreventieConsult/Preventief Medisch Onderzoek)

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van een algemene check-up. Een algemene check-up, ook wel PreventieConsult of Preventief medisch onderzoek, kan er voor zorgen dat aandoeningen als hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade op tijd worden ontdekt.

Door

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

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 50,- per kalenderjaar.

D Zelfmanagementcursus

Omschrijving

Wij vergoeden cursussen die erop gericht zijn de zelfredzaamheid te verhogen zodat u zelf (een deel van) de zorg die u nodig heeft kunt verrichten. Doel van deze zelfmanagementcursussen is om beter met uw eigen chronische aandoening om te kunnen gaan en dus minder beslag te leggen op formele zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van de zelfmanagementcursus.
- U heeft een chronische aandoening. Dat is bijvoorbeeld het geval als u recht heeft op ketenzorg in verband met:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden van 18 jaar of ouder;
 - Vasculair Risico Management (VRM) bij hart- en vaatziekten;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma.

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal € 100,- voor de looptijd van de verzekering.
- Q-50+ Maximaal € 100,- voor de looptijd van de verzekering.

E Gewichtconsulent

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van voorlichting en advisering door een gewichtconsulent over voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Artikel 26 Dieetadviesing

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

- Q-Jongeren Maximaal € 120,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 120,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 120,- per kalenderjaar.

Artikel 27 Overgangsconsulent

Omschrijving

Vergoed worden de kosten van consulten voor vrouwen. Deze consulten hebben te maken met of zijn gericht op de overgang.

Voorwaarde voor vergoeding

De consulten worden gegeven door een consulent, 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.

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 200,- per kalenderjaar.

Artikel 28 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van de onderstaande tandheelkundige behandelingen, inclusief techniekkosten, tot het op het zorgpolis vermelde maximale bedrag per kalenderjaar:

- consultatie en diagnostiek;
- preventieve mondzorg;
- chirurgische ingrepen;
- foto's maken en/of beoordelen;
- implantaten in de niet-tandeloze kaak;
- kaakgewrichtsbehandelingen;
- kronen en bruggen;
- gedeeltelijke kunstgebitten;
- tandvleesbehandelingen (parodontologie);
- verdooving;
- vullingen;
- wortelkanaalbehandelingen.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- autotransplantaten;
- abonnementen;
- het bleken van tanden en kiezen;
- cosmetische behandelingen die de kleur, vorm, of positie van de weefsels in en/of rondom de mond veranderen;
- fluoridebehandelingen;
- gedeeltelijk voltooid werk;
- behandelingen door de kaakchirurg op verwijzing van de tandarts (dit wordt uit de basisverzekering vergoed);
- keuringsrapporten en verklaringen;
- volledige narcose en lachgas;
- niet-nagekomen afspraken;
- orthodontie (raadpleeg de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering voor een eventuele vergoeding);
- snurkbeugels (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor;
- therapeutische injecties met botox;
- vullingen in het melkgebit.

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal € 450,- per kalenderjaar; controles 100%; overige behandelingen 75%.
- Q-Gezinnen 100% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar
- Q-50+ Geen vergoeding

Artikel 29 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

- Q-Jongeren Maximaal € 10.000,- per ongeval.
- Q-Gezinnen Maximaal € 10.000,- per ongeval.
- Q-50+ Maximaal € 10.000,- per ongeval.

Artikel 30 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

- Q-Jongeren 100% tot maximaal € 350,- voor de looptijd van de verzekering; Er geldt een wachttijd van 1 jaar.
- Q-Gezinnen Tot 18 jaar: 100% tot maximaal € 2.045,- voor de looptijd van de verzekering, na een wachttijd van 1 jaar. Vanaf 18 jaar: 80% tot maximaal € 345,- voor de looptijd van de verzekering, na een wachttijd van 1 jaar.
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 31 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

- Q-Jongeren Maximaal € 500,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 500,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 32 Therapeutisch kamp voor kinderen

Omschrijving

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat recht op vergoeding van de deelnamekosten voor verblijf in:

- vakantiekamp van de Diabetes Jeugdvereniging Nederland;

- vakantiecamp van de Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen;
- vakantiecamp van de Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- vakantiecamp van de Nederlands Hartstichting (Jump);
- vakantiecamp van de Stichting Heppie voor kinderen met astma en/of constitutioneel eczeem;
- vakantiecamp van de Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).

Machtiging

Ja.

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 33 Eigen bijdrage hospice

Omschrijving

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor het verblijf in een hospice of Bijna Thuis Huis. Erkende locaties zijn te vinden via [ZorgkaartNederland](#).

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Geen vergoeding.
- Q-50+ Maximaal € 30,- per dag.

Artikel 34 Podotherapie, podologie en steunzolen

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

A

- (sport)podotherapie door een (sport)podotherapeut;
- podologie door een podoloog;
- podoposturaal therapie door een podoposturaal therapeut;

B

- (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

- Q-Jongeren A: maximaal € 70,- per kalenderjaar; B: maximaal € 60,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen A: maximaal € 115,- per kalenderjaar; B: maximaal € 60,- per kalenderjaar.
- Q-50+ A: maximaal € 115,- per kalenderjaar; B: maximaal € 60,- per kalenderjaar.

Artikel 35 Pedicure

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van pedicurezorg bij een medische voet door een pedicure of pedicure-chiropridist. 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 tylotisch eczeem;

- de spierziekten ALS en HMSN;
- de vaataandoeningen 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

- Q-Jongeren Maximaal € 25,- per dag tot € 70,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 25,- per dag tot € 115,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 25,- per dag tot € 230,- per kalenderjaar.

Artikel 36 Voorbehoedsmiddel, condooms

Omschrijving

Wij vergoeden de aanschaf van condooms.

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal 50 stuks per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Geen vergoeding.
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 37 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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Geen vergoeding.
- Q-50+ 1x per kalenderjaar.

Artikel 38 Preventief onderzoek

Omschrijving

Vergoed worden de onderzoekskosten door een huisarts/medisch specialist ten behoeve van de vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker;
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten;
- prostaatkanker.

Vergoed worden ook de kosten van een cholesteroltest en de kosten van immunisatie bij zwangerschap.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 50,- per kalenderjaar.

Artikel 39 Online gezondheidsprogramma

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van de volgende online gezondheidsprogramma's:

- healthcheck;
- mindfulness training;
- voedingscursus voor baby's;
- cursus gezond koken;
- zelfhulpprogramma.

Vergoeding

- Q-Jongeren Maximaal € 60,- per kalenderjaar.
- Q-Gezinnen Maximaal € 60,- per kalenderjaar.
- Q-50+ Maximaal € 60,- per kalenderjaar.

Artikel 40 Reiskosten ziekenbezoek

Omschrijving

Wij vergoeden de reiskosten van meeverzekerde gezinsleden in verband met bezoek aan de in een ziekenhuis of ggz-instelling opgenomen verzekerde.

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

- Q-Jongeren Geen vergoeding.
- Q-Gezinnen Maximaal € 200,- per kalenderjaar; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.
- Q-50+ Geen vergoeding.

Artikel 41 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

Omschrijving

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(en). U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op ons Team Medical. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Zo werkt zorgadvies

Voor alle vragen die u hebt over de zorg kunt u van ons zorgadvies krijgen. Denk daarbij aan het vinden van een nieuwe huisarts na een verhuizing of waar u het beste terecht kunt voor een bepaalde behandeling. Onze bemiddelaars kijken samen met u naar de mogelijkheden en geven u een advies. Natuurlijk ligt de keuze uiteindelijk altijd bij u. Via 'Zoek een zorgverlener' op onze website vindt u zelf eenvoudig een zorgverlener bij u in de buurt.

Second opinion

Bent u niet helemaal zeker over het oordeel of advies van uw behandelend specialist? Vraag dan een second opinion of advies aan. Neem daarvoor contact op met Team Medical via het telefoonnummer 088 - 35 35 763. Het advies en de second opinion zijn gratis.

Zo werkt wachtlijstbemiddeling

Wachtlijstbemiddeling is er voor alle behandelingen waarvan u vindt dat u te lang moet wachten. Zodra u belt met ons voor wachtlijstbemiddeling, gaan wij voor u op zoek naar een behandeling bij een andere zorgverlener. Eerst zoeken we in uw regio, daarna in heel Nederland en daarna in België of Duitsland. Uiteraard zoeken we een alternatief dat minstens dezelfde kwaliteit van zorg levert.

Opname in alternatief ziekenhuis

Gaat het om een (dag)opname in een ziekenhuis, dan vindt altijd eerst een afspraak plaats met een specialist in het alternatieve ziekenhuis. Deze neemt niet automatisch het behandelingsadvies over van uw huidige ziekenhuis. Bovendien kan het zijn dat het alternatieve ziekenhuis bepaalde behandelingen niet op dezelfde manier kan uitvoeren. U bent ook voor alle onderzoeken, behandelingen, nazorg en eventuele complicaties aangewezen op het alternatieve ziekenhuis.

Sneller geholpen? Van de wachtlijst!

Bent u via wachtlijstbemiddeling geholpen in een ander ziekenhuis? Dan kunt u voor dezelfde aandoening vaak niet meer terecht in het ziekenhuis waar u daarvoor onder behandeling was. Zodra u uw gegevens opvraagt bij uw huidige ziekenhuis, wordt u daar namelijk van de wachtlijst gehaald. Wij raden u wel aan om u ook zelf af te melden. Zo voorkomt u dat u op twee wachtlijsten staat. Hebt u geen machtiging voor vervoer van en naar uw huidige ziekenhuis? Dan worden eventuele reiskosten niet vergoed.

Telefoonnummer Team Medical

Wilt u in aanmerking komen voor wachtlijstbemiddeling of zorgadvies? Dan kunt u bellen met onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling via 088 - 35 35 763.

Hebt u nog een algemene vraag over bijvoorbeeld de vergoeding van een behandeling of hoe u de zorg kunt aanvragen? Neem dan met onze Service Desk. Kijk voor onze contactmogelijkheden en actuele openingstijden op aevitae.com/service-contact.

Vergoeding

- Q-Jongeren Volledig.
- Q-Gezinnen Volledig.
- Q-50+ Volledig.

Aevitae Ongevallen

Voor de nadere omschrijving van deze vergoeding verwijzen wij naar de onderstaande voorwaarden.

Vergoeding

- Q-Jongeren In geval van overlijden: € 12.500,-
In geval van algehele blijvende invaliditeit: € 25.000,-
- Q-Gezinnen In geval van overlijden: € 12.500,-
In geval van algehele blijvende invaliditeit: € 25.000,-
- Q-50+ In geval van overlijden: € 12.500,-
In geval van algehele blijvende invaliditeit: € 25.000,-

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 ongevalsletsels;
- 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 verzekerdensadministratie.

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 In geval van overlijden**
- a Verzekerd bedrag
De verzekering geeft dekking tot het verzekerde bedrag ad €12.500,- 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 In geval 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,- 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 schadeaanvraagformulier 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 motorvoertuigen;
- g tijdens deelneming aan beroepssport; h bij voorbereiding tot of deelname aan gevechtssporten, dan wel wedstrijden met motorrijtuigen, rijwielen, paarden, ski-, slede-, ijs hockey-, 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 Terrorisemeschade

Naast de specifieke uitsluitingen als nader in de verzekeringsvoorwaarden omschreven is de dekking voor het terrorismeschade 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 jaar 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.



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. Kijk voor onze contactmogelijkheden en actuele openingstijden op aevitae.com/service-contact

Daarnaast vindt u alle antwoorden op veelgestelde vragen op aevitae.com/veelgestelde-vragen

Aevitae

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