

Polisvoorwaarden 2026

AV Basis

AV Uitgebreid

AV Totaal



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 overstapweken in december hanteren wij ruimere openingstijden om u nog beter van dienst te zijn.

Rekeningen insturen

Heeft u zelf een rekening 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

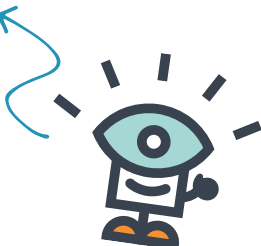
Wij proberen u, als klant van Aevitae, met alles zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dus bent u niet tevreden over een beslissing die wij hebben genomen over onze service of de service van één van uw zorgverleners? Dan horen wij dat graag. Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen op aevitae.com/klachten.

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.
I	Begripsomschrijvingen	4
II	Algemene voorwaarden	8
III	Vergoedingen	15
Artikel 1	Alternatieve zorg	15
Artikel 2	Therapieën	16
Artikel 3	Hulpmiddelen	20
Artikel 4	Chirurgische ingrepen	22
Artikel 5	Buitenland	23
Artikel 6	Kuurreizen	25
Artikel 7	Preventie	25
Artikel 8	Geboortezorg	27
Artikel 9	Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval	28
Artikel 10	Extra vergoedingen	29

I Begripsomschrijvingen

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 Tandheekkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Collectieve overeenkomst

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

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

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

Instelling

1 een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;

2 een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oefentherapeut

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

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

Polisblad

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

Preferente geneesmiddelen

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

Psychiater/zenuwarts

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

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

Seksuologisch hulpverlener

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

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

Sportkeuring

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

Sportmedisch onderzoek

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Toestemming (machtiging)

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

U/uw

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verzekeraar

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Aevitae.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

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

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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

Zorggroep

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

Zorghotel

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

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

II Algemene voorwaarden

Welkom bij Aevitae

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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

1.2 Medische noodzaak

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

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

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

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

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

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

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

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

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

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

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

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

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

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

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

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag van de verzekering

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

2.2 Aanvullende verzekering

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

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

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

2.3 Bijbehorende documenten

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

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

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

2.4 Fraude

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

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

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

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

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

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

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

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5 Bescherming persoonsgegevens

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

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controle en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;

- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting.

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

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

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

2.6 Mededelingen

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

2.7 Bedenkperiode

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

2.8 Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Betalingen

3.1 Verschuldigdheid van premie

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

3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

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

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

3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

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

3.3.1 U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per 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 verzekeringsovereenkomsten 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 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.

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, telephone +356 8007 2366 or +356 21 249 245 or complaint.info@financialarbiter.org.mt). Wij wijzen u erop dat de arbiter in Malta enkel zaken in behandeling neemt, als u een definitieve beslissing van ons op uw klacht heeft ontvangen. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2 Klachten over onze formulieren

7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com.

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

Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

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

III Vergoedingen

Artikel 1 Alternatieve zorg

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- zorg als de alternatief genezer of therapeut ook de eigen huisarts is;
- laboratoriumonderzoek aangevraagd of uitgevoerd door een alternatief genezer of therapeut.

Vergoeding

• AV Basis	Consulten: € 50,- per dag tot 300,- per kalenderjaar;	geneesmiddelen: € 150,- per kalenderjaar.
• AV Uitgebreid	Consulten: € 50,- per dag tot 400,- per kalenderjaar;	geneesmiddelen: € 500,- per kalenderjaar.
• AV Totaal	Consulten: € 500,- per kalenderjaar;	geneesmiddelen: € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Therapieën

2.1 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

• AV Basis	Maximaal € 115,- per kalenderjaar.
• AV Uitgebreid	Maximaal € 230,- per kalenderjaar.
• AV Totaal	Maximaal € 500,- per kalenderjaar.

2.2 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

• AV Basis	Maximaal € 115,- per kalenderjaar.
• AV Uitgebreid	Maximaal € 230,- per kalenderjaar.
• AV Totaal	Maximaal € 500,- per kalenderjaar.

2.3 Sexuologie

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van consulten bij de seksuoloog.

Voorwaarden voor vergoeding

- Onder deze behandelingen vallen ook relatie- en partnertherapie.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts.
- De seksuoloog is van de Nederlandse Vereniging voor Sexuologie (N.V.V.S.).

Vergoeding

- AV Basis Maximaal € 75,- per consult tot € 300,- per kalenderjaar.
- AV Uitgebreid Maximaal € 75,- per consult tot € 300,- per kalenderjaar.
- AV Totaal Maximaal € 75,- per consult tot € 300,- per kalenderjaar.

2.4 Fysiotherapie en oefentherapie (Cesar/Mensendieck)

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Uitsluiting

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

Vergoeding

- AV Basis Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.
- AV Uitgebreid Maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele fysiotherapie per aandoening.
- AV Totaal Maximaal 30 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele fysiotherapie per aandoening.

2.5 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

- | | |
|-----------------|------|
| • AV Basis | 100% |
| • AV Uitgebreid | 100% |
| • AV Totaal | 100% |

2.6 Lichtlamp

Omschrijving

Wij vergoeden de aanschafkosten van een lichtlamp.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|--|
| • AV Basis | Maximaal € 175,- eenmalig voor de looptijd van de verzekering. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 175,- eenmalig voor de looptijd van de verzekering. |
| • AV Totaal | Maximaal € 175,- eenmalig voor de looptijd van de verzekering. |

2.7 Iontoforese-apparaat (overmatig zweten)

Omschrijving

Wij vergoeden de aanschafkosten van een iontoforese-apparaat.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|--|
| • AV Basis | Geen vergoeding. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 360,- eenmalig voor de looptijd van de verzekering. |
| • AV Totaal | Maximaal € 360,- eenmalig voor de looptijd van de verzekering. |

2.8 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

- AV Basis Maximaal € 200,- voor de looptijd van de verzekering.
- AV Uitgebreid Maximaal € 350,- voor de looptijd van de verzekering.
- AV Totaal Maximaal € 500,- voor de looptijd van de verzekering.

2.9 Overgangsconsulente

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van consulten bij een overgangsconsulent.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigd overgangsconsulente die is aangesloten bij de vereniging Care for Women of bij de overgangspraktijk Women's Life.

Vergoeding

- AV Basis Geen vergoeding
- AV Uitgebreid Maximaal € 150,- voor de looptijd van de verzekering.
- AV Totaal Maximaal € 250,- voor de looptijd van de verzekering.

2.10 Podotherapie, podologie en steunzolen

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

- AV Basis Maximaal € 300,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van 2.10 en 2.11.
- AV Uitgebreid Maximaal € 300,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van 2.10 en 2.11.
- AV Totaal Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van 2.10 en 2.11.

2.11 Pedicure

Omschrijving

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

- chemotherapie;
- eelt of likdoorns als gevolg van afwijkingen aan de stand van de voeten of tenen;
- diabetes;
- de hersenziekten MS en Parkinson;
- de huidziekten epidermolysis bullosa, keratoderma palmoplantaris, psoriasis, recidiverende erysipelas en tylootisch eczeem;
- de spierziekten ALS en HMSN;
- de 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

- AV Basis Maximaal € 25,- per dag tot € 300,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van 2.10 en 2.11.
- AV Uitgebreid Maximaal € 25,- per dag tot € 300,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van 2.10 en 2.11.
- AV Totaal Maximaal € 25,- per dag tot € 500,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van 2.10 en 2.11.

2.12 Therapeutisch kamp

Omschrijving

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor verblijf in een therapeutisch kamp.

Voorwaarde voor vergoeding

De vergoeding is voor verzekerden tot en met 17 jaar met astma, diabetes, kanker, psoriasis, reumatoïde artritis of cystic fibrose.

Vergoeding

- AV Basis Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- AV Uitgebreid Maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- AV Totaal Maximaal € 300,- per kalenderjaar.

2.13 Therapeutisch zwemmen

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van therapeutisch zwemmen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De verzekerde met reumatoïde artritis, fibromyalgie, Bechterew of hartproblemen moet lid zijn van een plaatselijke of regionale vereniging voor reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.
- Er dient sprake te zijn van therapeutisch zwemmen in groepsverband.
- Het therapeutisch zwemmen moet georganiseerd zijn door een plaatselijke of regionale vereniging van reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.

Vergoeding

- AV Basis Geen vergoeding
- AV Uitgebreid Maximaal € 95,- per kalenderjaar.
- AV Totaal Maximaal € 125,- per kalenderjaar.

Artikel 3 Hulpmiddelen

3.1 Spalken, braces en/of bandages

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van een spalk, (sport- of koel)brace of bandage wanneer deze tijdelijk nodig is voor de stabilisatie, ondersteuning en/of correctie van spieren of gewrichten. De zorgverleners zijn te vinden onder Orthesen en braces in onze [Zorgzoeker](#).

Vergoeding

- AV Basis Geen vergoeding.
- AV Uitgebreid Maximaal € 25,- per kalenderjaar.
- AV Totaal Maximaal € 50,- per kalenderjaar.

3.2 Brillen en lenzen

Omschrijving

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|---------------------------------------|
| • AV Basis | Maximaal € 25,- per 3 kalenderjaren. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 150,- per 3 kalenderjaren. |
| • AV Totaal | Maximaal € 200,- per 2 kalenderjaren. |

3.3 Eigen bijdrage gebitsprothese

Omschrijving

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor:

- een volledige gebitsprothese of klikgebit voor de boven- en/of onderkaak;
- het repareren of rebasen van een volledige gebitsprothese of klikgebit voor de boven- en/of onderkaak.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling is uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus, tandarts-implantoloog of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Vergoeding

- | | |
|-----------------|------|
| • AV Basis | 100% |
| • AV Uitgebreid | 100% |
| • AV Totaal | 100% |

3.4 Plaswekker

Omschrijving

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|---|
| • AV Basis | 100%, eenmalig voor de looptijd van de verzekering. |
| • AV Uitgebreid | 100%, eenmalig voor de looptijd van de verzekering. |
| • AV Totaal | 100%, eenmalig voor de looptijd van de verzekering. |

3.5 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 SEMH-gecertificeerd (HWK) of ANKO-gecertificeerd. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is te vinden in onze [Zorgzoeker](#).

Vergoeding

- AV Basis Maximaal € 140,- per verstrekking.
- AV Uitgebreid Maximaal € 280,- per verstrekking.
- AV Totaal Maximaal € 560,- per verstrekking.

3.6 Steunpessarium

Omschrijving

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

Vergoeding

- AV Basis Eenmaal per kalenderjaar.
- AV Uitgebreid Eenmaal per kalenderjaar.
- AV Totaal Eenmaal per kalenderjaar.

3.7 Verpleegartikelen

Omschrijving

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is geen aanspraak op vergoeding of gratis gebruik op grond van (wettelijke) regelingen.
- De verpleegartikelen worden gehuurd bij een thuiszorgorganisatie.

Vergoeding

- AV Basis Geen vergoeding.
- AV Uitgebreid Maximaal € 70,- per kalenderjaar.
- AV Totaal Maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Artikel 4 Chirurgische ingrepen

4.1 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

- AV Basis Geen vergoeding.
- AV Uitgebreid Geen vergoeding.
- AV Totaal 100%

4.2 Ooglaseren en lensimplantatie

Omschrijving

Wij vergoeden:

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|--|
| • AV Basis | Geen vergoeding. |
| • AV Uitgebreid | Geen vergoeding. |
| • AV Totaal | Maximaal € 600,- eenmalig voor de looptijd van de verzekering. |

4.3 Sterilisatie

Omschrijving

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

Uitsluiting

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|------|
| • AV Basis | 100% |
| • AV Uitgebreid | 100% |
| • AV Totaal | 100% |

Artikel 5 Buitenland

5.1 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 Reizigersadvies (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

- | | |
|-----------------|-----------------------------------|
| • AV Basis | Geen vergoeding. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 75,- per kalenderjaar. |
| • AV Totaal | 100% |

5.2 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

- | | |
|-----------------|--|
| • AV Basis: | Volledig, in aanvulling op de basisverzekering;
Tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten: maximaal € 345,- per kalenderjaar. |
| • AV Uitgebreid | Volledig, in aanvulling op de basisverzekering;
Tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten: maximaal € 345,- per kalenderjaar. |
| • AV Totaal | Volledig, in aanvulling op de basisverzekering;
Tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten: maximaal € 345,- per kalenderjaar. |

5.3 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;

Vergoeding

- | | |
|-----------------|------|
| • AV Basis | 100% |
| • AV Uitgebreid | 100% |
| • AV Totaal | 100% |

Artikel 6 Kuurreizen en kuurbehandelingen

6.1 Kuurreizen en kuurbehandelingen

Omschrijving

Wij vergoeden (een deel van) de kosten van kuurreizen en kuurbehandelingen voor verzekerden met bepaalde chronische aandoeningen. Het betreft kuurbehandelingen die plaatsvinden:

- aan de Dode Zee in Israël;
- in het buitenland voor reumatoïde arthritis- en Bechterewpatiënten;
- in Nederland bij Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen.

De vergoeding geldt uitsluitend voor verzekerden met:

- reumatoïde arthritis;
- ziekte van Bechterew;
- ernstig chronisch eczeem (alleen Dode Zee);
- psoriasis (alleen Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen).

Voorwaarden voor vergoeding

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er is een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts waaruit duidelijk blijkt wat de indicatie.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Vergoeding

- | | |
|-----------------|------------------------------------|
| • AV Basis | Maximaal € 750,- per kalenderjaar. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 750,- per kalenderjaar. |
| • AV Totaal | Maximaal € 750,- per kalenderjaar. |

Artikel 7 Preventie

7.1 Preventief onderzoek

Omschrijving

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

Voorwaarden voor vergoeding

De nota dient gespecificeerd te zijn.

Vergoeding

- | | |
|-----------------|-----------------------------------|
| • AV Basis | Geen vergoeding. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 25,- per kalenderjaar. |
| • AV Totaal | Maximaal € 50,- per kalenderjaar. |

7.2 Cursussen

Omschrijving

Wij vergoeden de kosten van preventieve cursussen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond.
- De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie, thuiszorgorganisatie of door de Reuma Patientenvond. Uw eigen thuiszorg- of kruisorganisatie geeft kortingen op de cursussen. De hoogte daarvan kan verschillen.

Vergoeding

- | | |
|-----------------|-----------------------------------|
| • AV Basis | Maximaal € 46,- per kalenderjaar. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 46,- per kalenderjaar. |
| • AV Totaal | Maximaal € 75,- per kalenderjaar. |

7.3 Stoppen met roken

Omschrijving

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|------------------------------------|
| • AV Basis | Maximaal € 100,- per kalenderjaar. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 100,- per kalenderjaar. |
| • AV Totaal | Maximaal € 150,- per kalenderjaar. |

7.4 Sportmedisch onderzoek

Omschrijving

Wij vergoeden de volgende kosten in een sportmedische instelling:

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|------------------------------------|
| • AV Basis | Maximaal € 50,- per kalenderjaar. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 100,- per kalenderjaar. |
| • AV Totaal | Maximaal € 250,- per kalenderjaar. |

7.5 Dieetadvisering

Omschrijving

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|--|
| • AV Basis | Geen vergoeding. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal 2 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering. |
| • AV Totaal | Maximaal 3 uur per kalenderjaar, in aanvulling op de basisverzekering. |

Artikel 8 Geboortezorg

8.1 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

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| • AV Basis | 1 pakket per zwangerschap. |
| • AV Uitgebreid | 1 pakket per zwangerschap. |
| • AV Totaal | 1 pakket per zwangerschap. |

8.2 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

- | | |
|-----------------|------------------|
| • AV Basis | Geen vergoeding. |
| • AV Uitgebreid | 50% |
| • AV Totaal | 100% |

8.3 Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving

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

Voorwaarde voor vergoeding

De kraamzorg wordt geleverd:

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

Vergoeding

- | | |
|-----------------|---------------------------------|
| • AV Basis | Geen vergoeding. |
| • AV Uitgebreid | Maximaal € 175,- per bevalling. |
| • AV Totaal | Maximaal € 250,- per bevalling. |

8.4 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

- AV Basis Maximaal 9 uur verspreid over 6 dagen.
- AV Uitgebreid Maximaal 9 uur verspreid over 6 dagen.
- AV Totaal Maximaal 9 uur verspreid over 6 dagen.

8.5 Geboorte-uitkering

Vergoeding bij geboorte kind.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

- AV Basis Maximaal € 35,- per kind.
- AV Uitgebreid Maximaal € 70,- per kind.
- AV Totaal Maximaal € 100,- per kind.

Artikel 9 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

- AV Basis Maximaal € 10.000,- per ongeval.
- AV Uitgebreid Maximaal € 10.000,- per ongeval.
- AV Totaal Maximaal € 10.000,- per ongeval.

Artikel 10 Extra vergoedingen

10.1 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

• AV Basis	100%
• AV Uitgebreid	100%
• AV Totaal	100%

10.2 Herstellingsoord/zorghotel

Omschrijving

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

• AV Basis	Maximaal € 75,- per dag tot € 2.100,- per kalenderjaar.
• AV Uitgebreid	Maximaal € 75,- per dag tot € 2.100,- per kalenderjaar.
• AV Totaal	Maximaal € 150,- per dag tot € 3.000,- per kalenderjaar.

10.3 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

• AV Basis	Maximaal € 50,- per dag.
• AV Uitgebreid	Maximaal € 50,- per dag.
• AV Totaal	Maximaal € 50,- per dag.

10.4 Meerdaagse bootreizen of verblijf in vakantiehuis

Omschrijving

Wij vergoeden de eigen bijdrage van meerdaagse bootreizen of verblijf in een vakantiehuis via het Rode Kruis, de Zonnebloem of de Stichting Varende Recreatie.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

- AV Basis Maximaal € 105,- per kalenderjaar.
- AV Uitgebreid Maximaal € 105,- per kalenderjaar.
- AV Totaal Maximaal € 150,- per kalenderjaar.

10.5 Persoonlijke alarmeringsapparatuur

Omschrijving

Wij vergoeden voor het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur:

- de abonnementskosten bij medische indicatie in aanvulling op de basisverzekering;
- de huur- en abonnementskosten bij een sociale indicatie;
- de huur- en abonnementskosten bij tijdelijk gebruik.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij hebben vooraf toestemming gegeven.
- De persoonlijke alarmeringsapparatuur is voorgeschreven door een (huis)arts.

Vergoeding

- AV Basis 100%
- AV Uitgebreid 100%
- AV Totaal 100%

10.6 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

- AV Basis Maximaal dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.
- AV Uitgebreid Maximaal dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.
- AV Totaal Maximaal dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering.

10.7 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

- AV Basis Maximaal € 180,- per kalenderjaar.
- AV Uitgebreid Maximaal € 180,- per kalenderjaar.
- AV Totaal Maximaal € 250,- per kalenderjaar.

10.8 Vervangende mantelzorg

Omschrijving

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij hebben vooraf toestemming gegeven. Vraag daarna zelf de zorg minimaal 8 weken van tevoren aan bij de zorgaanbieder.
- De 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

- AV Basis Geen vergoeding
- AV Uitgebreid Maximaal € 125,- per dag tot € 1.875,- per kalenderjaar.
- AV Totaal Maximaal € 125,- per dag tot € 1.875,- per kalenderjaar.

10.9 Eigen bijdrage ziekenvervoer

Omschrijving

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

Vergoeding

- AV Basis 100% in aanvulling op de basisverzekering.
- AV Uitgebreid 100% in aanvulling op de basisverzekering.
- AV Totaal 100% in aanvulling op de basisverzekering.



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 www.aevitae.com.

Aevitae

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