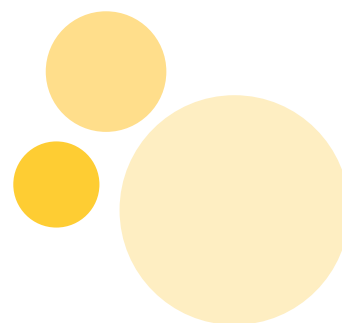




Polisvoorwaarden 2018

Aanvullende verzekering LIC Health Plan



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I		Begripsomschrijvingen	3
II		Algemene voorwaarden	8
		Welkom bij Aevitae	8
		Artikel 1 Verzekerde zorg	8
		Artikel 2 Algemene bepalingen	10
		Artikel 3 Betalingen	11
		Artikel 4 Overige verplichtingen	12
		Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	13
		Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	13
		Artikel 7 Klachten en geschillen	14
		Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling	14
III		Aanvullende verzekering LIC Health Plan Prima	15
		1 Alternatieve zorg	15
		2 Anticonceptiemiddelen	15
		3 Beweegprogramma's	16
		4 Brillen en/of lenzen	16
		5 Buitenland, spoedeisende en onvoorziene zorg	16
		6 Buitenland, spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland	17
		7 Diëtetiek en/of voedingsvoorlichting	17
		8 Elektrische borstkolf	17
		9 Fysiotherapie en oefentherapie	18
		10 Gasthuis	18
		11 Geboortetens	18
		12 Geneesmiddelen, eigen bijdrage	19
		13 Groepstherapie voor reumapatiënten	19
		14 Hoofdbedekking of Toupim	19
		15 Hoortoestellen, eigen bijdrage	19
		16 Huidbehandelingen	19
		17 Hulpmiddelen, eigen bijdrage	20
		18 Kraampakket	20
		19 Kraamzorg, eigen bijdrage	20
		20 Kraamzorg, uitgestelde	20
		21 Lactatiekundig consult	21

	pag.		pag.		
22	Mammaprint	21	37	Repatriëring voor verzekerden die voor werk en/of studie naar het buitenland zijn uitgezonden	25
23	Obesitasbehandeling	21	38	Sportmedisch onderzoek	25
24	Ooglaseren of lensimplantatie	21	39	Sterilisatie	25
25	Oorstandcorrectie	21	40	Stottertherapie	25
26	Orthodontie voor verzekerden jonger dan 22 jaar	22	41	Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder	25
27	Orthopedische geneeskunde	22	42	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	26
28	Overgangsconsulent	22	43	Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	26
29	Pedicurezorg	22	44	Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland	26
30	Plakstrips mammaprothese	23	45	Ziekenvervoer, eigen bijdrage	26
31	Plaswekker	23	46	Ziekenvervoer in Nederland	27
32	Podotherapie en steunzolen	23	47	Zwangerschapscursus	27
33	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie, eigen bijdrage	24			
34	(Preventieve) cursussen	24			
35	Pruiken, eigen bijdrage	24			
36	Repatriëring	24			

I Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering(en)

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Aevitae

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

Apotheek

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

Apotheekhoudende

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

Arts

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

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

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

Basisverzekering

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 (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

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

Instelling

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oefentherapeut

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

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

Polisblad

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

Preferente geneesmiddelen

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

Psychiater/zenuwarts

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

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

Seksuologisch hulpverlener

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

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

Sportkeuring

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

Sportmedisch onderzoek

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Toestemming (machtiging)

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

U/uw

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verzekeraar

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Aevitae.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

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

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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

Zorggroep

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

Zorghotel

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

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

II Algemene voorwaarden

Welkom bij Aevitae

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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

1.2 Medische noodzaak

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

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

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

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruikmaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven. Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders en van de tarieven die wij vergoeden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

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

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

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

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

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

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

Buitenlandse nota's dienen, voorzien van uitgebreide specificatie, in het Engels, Spaans, Frans of Duits te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, dan kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

1.6 Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.7 Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden.

Als een verwijzing of voorschrift nodig is, dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts. Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf voorafgaand aan de zorg bij ons toestemming aanvragen.

1.9 Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnosebehandelcombinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10 Uitsluitingen

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

1.10.1 die verband houdt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan Aevitae. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;

1.10.2 van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;

- 1.10.3 die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
 - 1.10.4 die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
 - 1.10.5 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2017, 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 munitierij;
 - 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 registreren in ons Incidentenregister. 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).

Wij kunnen 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. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

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 kunnen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening brengen.
- 3.3.3 U kunt ons toestemming verlenen voor automatische incasso voor de betaling van premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Voor het verlenen van toestemming voor automatische incasso van de premie enerzijds en van het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten anderzijds zijn twee aparte machtigingen benodigd.
- 3.3.4 Indien u Aevitae B.V. heeft gemachtigd eventuele eigen risico of andere bedragen via automatische incasso van uw rekening af te schrijven, ontvangt u (verzekeringnemer) van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen enkele dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren.

3.4 Verrekening

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

3.5 Niet-tijdig betalen

- 3.5.1 Wanneer u de premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Betaalt u niet binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, dan kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen.
- 3.5.2 Bij niet-tijdige betaling hebben wij tevens het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. De beëindigde aanvullende verzekeringen kunnen hervat worden zodra u de volledige premieachterstand heeft voldaan. Hiertoe dient u zelf, binnen één maand na betaling, een schriftelijk verzoek bij ons in te dienen. De dekking van de aanvullende verzekeringen gaat dan weer in vanaf de eerste dag van de maand volgend op de datum waarop wij van u de betaling hebben ontvangen. Indien uw verzoek de termijn van één maand na betaling overschrijdt, is de ingangsdatum van de aanvullende verzekeringen 1 januari van het volgende kalenderjaar. De aanvullende verzekeringen worden niet automatisch hervat als u hiervoor geen verzoek indient.
- 3.5.3 Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.5.4 Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.5 Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.5.6 Als wij de aanvullende verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dit zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, verhuizing, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. 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 van de verzekeraar 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 stilziggend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 Acceptatie voor de aanvullende verzekering

6.2.1 Zorgverzekering

U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten, maar u bent dat niet verplicht. Voor de aanvullende verzekering kan een medische selectie van toepassing zijn. Bovendien kan er een leeftijdsgrens van toepassing zijn.

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 bij wijziging van aanvullende verzekering binnen dezelfde verzekeraar.

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 van verzekeraar.

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 opzeggenservice 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 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 de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. 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 onze afdeling Medische Garanties. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

III Aanvullende verzekering LIC Health Plan Prima

1 Alternatieve zorg

Alternatieve zorg bestaat uit:

- 1 behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - homeopathie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - psychosociale zorg.

Door

Een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

- 2 homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Bijzonderheden

Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- relatietherapie;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
- Celtherapie en Chelatietherapie.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

- LIC Health Plan Prima
 - 1 Maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar met een maximale vergoeding van € 100,00 per dag.
 2. Maximaal € 2.500,00 per kalenderjaar.

2 Anticonceptiemiddelen

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt, zoals anticonceptiepil, anticonceptiestafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Door

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Bijzonderheden

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd, vergoed vanuit de basisverzekering.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, anticonceptiestafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de basisverzekering.

- LIC Health Plan Prima Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

3 Bewegingprogramma's

Een bewegingprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In dit bewegingprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het bewegingprogramma kunt voortzetten. In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

- a als u obesitas heeft (BMI hoger dan 30);
- b als u revalideert van voormalig hartfalen;
- c als u reuma heeft (wij gebruiken de definitie van reuma zoals het Reumafonds die heeft bepaald);
- d als u diabetes type 2 heeft;
- e als u COPD heeft met een lichte tot matige ziektelast met een longfunctiewaarde van FEV1/VC < 0,7, een benauwdheidscore >2 op de MRC-schaal en een gezondheidsscore van >1 tot >1,7 op de CCQ-schaal;

Door

Fysiotherapeut en/of oefentherapeut.

Bijzonderheden

- u moet doorverwezen zijn door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- het bewegingprogramma moet plaatsvinden in de oefenruimte van de behandelend fysiotherapeut en/of oefentherapeut;
- het bewegingprogramma moet een duur hebben van minimaal 3 maanden.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €350,00 voor de gehele duur van de verzekering.

4 Brillen en/of lenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen.

Door

Opticiën of optiekbedrijf.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €227,00 per kalenderjaar.

5 Buitenland, spoedeisende en onvoorziene zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf van maximaal 365 dagen, in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die u bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor

- behandelingen uitgevoerd door een (huis)arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisopname en/of operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en geneesmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het nummer vindt u op de achterkant van uw zorgpas en op onze website.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.

Uitsluiting

Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder die verzekering.

- LIC Health Plan Prima Een aanvulling op de kosten die u vanuit de basisverzekering ontvangt tot 200% van de in Nederland geldende tarieven en behandelingen volgens de Wmg-tarieven.

6 Buitenland, spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden

- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts;
- er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland;
- een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.

Uitsluitingen

- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- dieetpreparaten en drinkvoeding;
- verbandmiddelen;
- vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
- anticonceptiemiddelen;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €50,00 per kalenderjaar.

7 Diëtetiek en/of voedingsvoorlichting

- 1 Diëtetiek is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Heeft u op grond van de basisverzekering recht op vergoeding van diëtetiek? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisverzekering.
- 2 Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Door

1. Diëtist.
2. Gewichticonsulent of diëtist.

Bijzonderheden

- de behandelend diëtist dient te zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen;
- de behandelend gewichticonsulent dient te zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichticonsulenten Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €115,00 per kalenderjaar.

8 Elektrische borstkolf

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van aanschaf of huur van een elektrisch borstkolfapparaat, tijdens en na een ziekenhuisopname van een zieke baby.

Uitsluitingen

- losse onderdelen van de elektrische borstkolf;
- de aanschaf van tweedehands borstkolven.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €75,00 per bevalling.

9 Fysiotherapie en oefentherapie

Behandelingen en consulten.

Door

Fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Verwijzing

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

- Het recht op vergoeding van de behandeling(en) bestaat indien er geen vergoeding plaatsvindt vanuit de basisverzekering.
- Indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder waarmee geen overeenkomst is gesloten, wordt er maximaal 80% van het gecontracteerde tarief vergoed tot maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar.

Uitsluitingen

- zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
- sportmassage;
- arbeids- en bezigheidstherapie;
- therapie die alleen wordt gegeven om de conditie door middel van training te bevorderen.

- LIC Health Plan Prima Maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar.

10 Gasthuis

Overnachting in een gasthuis en vervoer van uw gezinsleden bij ziekenhuisverblijf. Wanneer u verblijft in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij:

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een, in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen, Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,31 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Bijzonderheden

U dient een specificatie van de gemaakte kosten aan ons te overleggen.

Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten niet bij verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

- LIC Health Plan Prima Maximaal € 35,00 per dag tot maximaal € 300,00 per kalenderjaar per gezinslid

11 Geboortetens

Bruikleen van een geboortetens voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Door

Een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts.

Bijzonderheden

- de aanvraag van de apparatuur dient door uw verloskundige of als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij een hulpmiddelenleverancier;
- de apparatuur wordt tijdelijk aan u ter beschikking gesteld en dient te worden geleverd door een hulpmiddelenleverancier.

- LIC Health Plan Prima Volledige vergoeding.

12 Geneesmiddelen, eigen bijdrage

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

Bijzonderheden

Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak bestaat op het medicijn op grond van de basisverzekering.

- LIC Health Plan Prima Maximaal € 500,00 per kalenderjaar.

13 Groepstherapie voor reumapatiënten

Onder leiding van een fysiotherapeut.

Bijzonderheden

U dient lid te zijn van een reumapatiëntenvereniging.

- LIC Health Plan Prima Volledige vergoeding.

14 Hoofbedekking of Toupim

Bij (tijdelijk) haarverlies als gevolg van chemotherapie.

Indicatie

U dient eenmalig een medische indicatie van huisarts of medisch specialist te overleggen waaruit blijkt dat u (tijdelijk) haarverlies heeft in verband met chemotherapie.

Uitsluiting

Aanschafkosten van een pruik.

- LIC Health Plan Prima Maximaal € 75,00 per kalenderjaar.

15 Hoortoestellen, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die geldt vanuit de basisverzekering.

Bijzonderheden

Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak bestaat op een hoortoestel op grond van de basisverzekering.

- LIC Health Plan Prima Maximaal € 200,00 per hoortoestel.

16 Huidbehandelingen

Een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

- acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- elektrische epilatie en Intense Pulsed Lightbehandelingen (IPL-behandelingen) bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichtsbehaarung hebben, door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- laserepilatiebehandelingen bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichtsbehaarung hebben, door een huidtherapeut.

Door

- een schoonheidsspecialist aangesloten bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS);
- een huidtherapeut of specialist die aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

Verwijzing

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Wij vergoeden alleen in geval van camouflagetherapie de cosmetische middelen.

- LIC Health Plan Prima Maximaal € 500,00 per kalenderjaar.

17 Hulpmiddelen, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die geldt vanuit de basisverzekering.

Bijzonderheden

Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak bestaat op het hulpmiddel op grond van de basisverzekering.

Uitsluitingen

Vergoeding van de eigen bijdrage die van toepassing is op orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en pruiken.

- LIC Health Plan Prima Maximaal € 250,00 per kalenderjaar.

18 Kraampakket

Een pakket dat in overleg met verloskundigen is samengesteld.

Bijzonderheden

Als u zwanger bent dient u het kraampakket uiterlijk in de 5e maand van uw zwangerschap aan te vragen bij Aevitae. U ontvangt het kraampakket dan tenminste 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuis.

- LIC Health Plan Prima Volledige vergoeding.

19 Kraamzorg, eigen bijdrage

De eigen bijdrage voor kraamzorg die geldt vanuit de basisverzekering. Deze eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren kraamzorg waarop u vanuit de basisverzekering aanspraak kunt maken.

- LIC Health Plan Prima 75% vergoeding.

20 Kraamzorg, uitgestelde

Uitgestelde kraamzorg ten behoeve van vrouwelijke verzekerden verleend door een kraamcentrum.

Bijzonderheden

Uitgestelde kraamzorg wordt vergoed indien tijdens de eerste 10 dagen, gerekend vanaf de bevalling, nog geen kraamzorg is ontvangen.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

- LIC Health Plan Prima Maximaal 15 uur per kalenderjaar.

21 Lactatiekundig consult

Advisering, voorlichting en praktische ondersteuning ter bevordering van borstvoeding voor zuigelingen.

Door

Lactatiekundige aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

- LIC Health Plan Prima Maximaal €125,00 per bevalling.

22 Mammaprint

Met behulp van de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen en daarmee bepalen of chemotherapie wel of niet noodzakelijk is.

Door

Het onderzoek moet worden uitgevoerd door het laboratorium Agendia.

- LIC Health Plan Prima Volledige vergoeding.

23 Obesitasbehandeling

Deelname aan het deeltijd dagbehandelingprogramma voor obese patiënten in de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) te Hilversum en provider Santrion. Het programma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.

Bijzonderheden

- er dient sprake te zijn van obesitas graad 3. Daarvan is sprake als uw Body Mass Index (BMI) ≥ 40 bedraagt;
- u dient het volledige programma voltooid te hebben.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

- LIC Health Plan Prima Maximaal € 750,00 voor de gehele duur van de verzekering.

24 Ooglaseren of lensimplantatie

Een tegemoetkoming in de kosten van ooglaserbehandelingen of lensimplantaten.

Door

Oogarts. De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG).

Bijzonderheden

- Let op! In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.
- Bij sommige klinieken ontvangt u een korting op ooglaseren en/of lensimplantaties. Meer informatie vindt u op onze website.

- LIC Health Plan Prima Eenmalig € 500,00 voor de gehele duur van de verzekering.

25 Oorstandcorrectie

Een plastisch chirurgische correctie van uitstaande oorschelpen voor verzekerden jonger dan 18 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Door

Medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. De aanvraag dient te zijn voorzien van de toelichting en medische indicatie van de behandelend medisch specialist. Bij het verzoek behoren 2 foto's meegestuurd te worden, te weten een voor- en een zijaanzicht (gemaakt door het ziekenhuis/ZBC of uzelf) waarop de afwijking goed zichtbaar is.

- LIC Health Plan Prima Volledige vergoeding.

26 Orthodontie voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Een kaakorthopedische behandeling (orthodontie of gebitsregulatie).

Door

Tandarts of orthodontist.

Bijzonderheden

Indien de aangevangen kaakorthopedische behandeling nog voortduurt bij het bereiken van de 22-jarige leeftijd, komen de kosten van de voortgezette behandeling eveneens voor vergoeding in aanmerking, met inachtnaam van de maximale vergoeding.

Uitsluitingen

Kosten van reparatie of vervanging van orthodontische apparatuur die het gevolg zijn van toerekenbare schuld van de verzekerde.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €2.500,00 voor de gehele duur van de verzekering.

27 Orthopedische geneeskunde

Diagnostiek en behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat waarbij geen gebruik wordt gemaakt van (een) operatie(s).

Door

Orthopedisch geneeskundige. De orthopedische geneeskundige dient aangesloten te zijn bij de Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG) of te voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Verwijzing

Huisarts of medisch specialist.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €300,00 per kalenderjaar.

28 Overgangsconsulent

Voorlichting, advisering en behandeling van vrouwen in de overgang.

Door

Een overgangsconsulent aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (WOC). Of de overgangsconsulent moet voldoen aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

- LIC Health Plan Prima 75% tot maximaal €115,00 per kalenderjaar.

29 Pedicurezorg

Een pedicurebehandeling in verband met voetproblemen door reumatoïde artritis of diabetes.

Door

- de pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'diabetische voet' (DV) of 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP);
- een (pedicure-)chiroprist of een pedicure in de zorg moet geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.

Voorwaarden

- u moet 1 keer een verklaring van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde overleggen. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1 of dat voetverzorging nodig is in verband met de medische indicatie reumatische voet;
- op de nota moet de zorgverlener, in geval van diabetes, het Zorgprofiel vermelden;
- op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Uitsluitingen

- voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering;
- behandelingen vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering;
- het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- het knippen van nagels zonder medische reden.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €250,00 per kalenderjaar.

30 Plakstrips mammaprothese

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een uitwendige mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €75,00 per kalenderjaar.

31 Plaswekker

Aanschaf of huur van een plaswekker bij bedplasproblemen. Tevens vergoeden wij het bijbehorende broekje.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €100,00 voor de gehele duur van de verzekering.

32 Podotherapie en steunzolen

- 1 Behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.
- 2 Een tegemoetkoming in de kosten van maatwerk inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Door

- 1 Een podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of bij Stichting Loop.
- 2 Een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen. Kijk voor informatie over de zorgaanbieders op onze website.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €400,00 per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar steunzolen.

33 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die geldt vanuit de basisverzekering bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie.

Door

Verloskundige of huisarts.

- LIC Health Plan Prima Volledige vergoeding.

34 (Preventieve) cursussen

Een tegemoetkoming in de kosten voor:

- cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel zelf een actieve bijdrage te leveren aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus dient te worden georganiseerd door een daartoe bevoegd docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd;
- cursus met als doel patiënten te leren omgaan met reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew, georganiseerd door de Reumapatiëntenbond of een thuiszorginstelling;
- basis- of vervolgeducatiecursus voor diabetes type 2 patiënten, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling;
- cursus afvallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of één van de schriftelijke- en online programma's georganiseerd door Happy Weight of programma "Slim Healthy" georganiseerd door een Health Center;
- cursus stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health of een thuiszorginstelling en lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum SMOKE FREE en Lasercentra Noord-Oost Nederland;
- de "Vrij van alcohol" training, georganiseerd door De Helderheid;
- basis reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting;
- cursus EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma "eerste hulp" van het Oranje Kruis;
- cursus eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging;
- cursus babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- cursus slaaptherapie georganiseerd door Somnio. Deze online slaapcursus biedt advies en oplossingen om (chronische) slaap- problemen te verhelpen.

Bijzonderheden

- wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen kunnen worden gevolgd;
- u dient een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons te overleggen.

- LIC Health Plan Prima 75% tot maximaal € 115,00 per cursus per kalenderjaar.

35 Pruiken, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage bij de aanschaf van een pruik, die geldt vanuit de basisverzekering.

- LIC Health Plan Prima Maximaal € 75,50 per kalenderjaar.

36 Repatriëring

Het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van de verzekerde naar een in Nederland gelegen instelling of het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde. Hieronder valt het volgende:

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

Toestemming

Vergoeding is alleen mogelijk met een door de Alarmcentrale vooraf goedgekeurde medische indicatie. Het nummer van de Alarmcentrale staat op uw zorgpas en op onze website.

Bijzonderheden

Repatriëring per ambulance en/of vliegtuig van de verzekerde vanuit het buitenland naar een in Nederland gelegen instelling, waar een aansluitende behandeling plaatsvindt, inclusief de in rekening gebrachte kosten van begeleiding.

- LIC Health Plan Prima Volledige vergoeding.

37 Repatriëring voor verzekerden die voor werk en/of studie naar het buitenland zijn uitgezonden

Voor verzekerden die voor werk en/of studie naar het buitenland zijn uitgezonden, geldt dat bij ziekte met een duur langer dan 3 maanden recht bestaat op vergoeding van de kosten van repatriëring naar het thuisland.

Bijzonderheden

Aanspraak op deze regeling bestaat uitsluitend indien vooraf overleg met de Alarmcentrale heeft plaatsgevonden.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €9.076,00 per kalenderjaar.

38 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden sportmedisch onderzoek en sportkeuringen in een sportmedische instelling.

Voorwaarden

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

- LIC Health Plan Prima Maximaal €135,00 per 2 kalenderjaren.

39 Sterilisatie

Sterilisatie in het ziekenhuis.

Door

Medisch specialist.

Uitsluitingen

De hersteloperatie van een eerder uitgevoerde sterilisatie wordt niet vergoed.

- LIC Health Plan Prima Volledige vergoeding.

40 Stottertherapie

Volgens de methode BOMA, Del Ferro, Hausdörfer en McGuire.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €450,00 voor de gehele duur van de verzekering.

41 Tandheekkundige kosten ten gevolge van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Vergoeding van de kosten van onvoorziene tandheekkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, waardoor de schade als gevolg van het ongeval aan uw gebit wordt hersteld. Ook de kosten voor techniek en het materiaal komen voor vergoeding in aanmerking.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden tijdens de looptijd van deze aanvullende verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Door

Tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Bijzonderheden

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een door u ingevuld formulier vragenformulier ongeval, een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €10.000,00 per ongeval.

42 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Tandheelkundige zorg die niet in de basisverzekering is opgenomen.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €341,00 per kalenderjaar.

43 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Tandheelkundige behandelingen in rekening gebracht door een tandarts conform de in de Nederland geldende NZa-tarieven.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €2.269,00 per kalenderjaar.

44 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Consulten, vaccinaties en/of geneesmiddelen voor een reis naar het buitenland voor vakantie, dienstreizen of studiedoeleinden voor maximaal 12 maanden ter voorkoming van hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

Bijzonderheden

Kosten ter voorkoming van rabiës komen voor vergoeding in aanmerking als u gedurende langere tijd in een land verblijft, waar rabiës endemisch is en waar tevens adequate medische hulp slecht toegankelijk is. Daarnaast dient er aan minimaal één van onderstaande voorwaarden voldaan te zijn:

- u gaat een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden ondernemen;
- u trekt langer dan 3 maanden op met of overnacht bij lokale bevolking;
- u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
- u bent jonger dan 12 jaar.

- LIC Health Plan Prima Maximaal €150,00 per kalenderjaar.

45 Ziekenvervoer, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die geldt vanuit de basisverzekering voor ziekenvervoer.

- LIC Health Plan Prima Volledige vergoeding.

46 Ziekenvervoer in Nederland

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer voor verzekerden zonder chronische indicatie van en naar een ziekenhuis in Nederland, indien de behandelend specialist vervoer per openbaar vervoermiddel om medische reden onverantwoord acht.

Bijzonderheden

Vergoeding geldt indien:

- het vervoer verband houdt met een medisch onderzoek of medische behandeling ten behoeve van uzelf;
- de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend medisch specialist, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit de indicatie dient te blijken dat het vervoer medisch noodzakelijk is;
- de nota is vergezeld van (een kopie van) de afsprakenkaart;
- u zich laat behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Uitsluitingen

Vergoeding van vervoer dat verband houdt met resocialisatie, Wlz, weekendverlof bij langdurig verblijf in een instelling en vervoer dat vergoed wordt vanuit andere wettelijke regelingen.

- LIC Health Plan Prima Taxi: volledige vergoeding;
Eigen auto: € 0,30 per kilometer.
U bent een eigen bijdrage verschuldigd van € 98,00 per kalenderjaar.

47 Zwangerschapskursus

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van cursussen:

- tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling en begeleiding tijdens de bevalling;
- ter bevordering van het fysieke herstel, tot maximaal zes maanden na de bevalling.

Bijzonderheden

- U moet een bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.
- De cursussen moeten gegeven worden door:
 - een thuiszorginstelling;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallen;
 - een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in Psychoprofylaxe (angst voor de bevalling);
 - Mom in Balance.

- LIC Health Plan Prima Maximaal € 50,00 per zwangerschap.

De in de artikelen genoemde bedragen gelden per verzekerde, tenzij anders vermeld. Op uw polisblad ziet u welke aanvullende verzekering(en) u heeft.