



Avéro Achmea

Voorwaarden aanvullende verzekering Compact

Ingangsdatum 1 januari 2016

Postbus 2705
6401 DE Heerlen
T 0900 - 369 33 33

Postbus 2296
5600 CG Eindhoven
T 0900 - 369 33 33

www.aevitae.com
info@aevitae.com

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Algemene voorwaarden aanvullende verzekering	3	Vergoedingen aanvullende verzekering Compact	7
Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?	3	Buitenland	7
Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?	3	Artikel 1 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)	7
Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?	4	Artikel 2 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland	7
Artikel 4 Wat betaalt u?	4	Artikel 3 Zorg in het buitenland	7
Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	4	Fysiotherapie en oefentherapie	8
Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?	4	Artikel 4 Fysiotherapie en oefentherapie	8
Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?	5	Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	10
Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?	5	Artikel 5 Anticonceptiva	10
Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?	5	Mond en tanden (mondzorg)	10
Artikel 10 Begripsbepalingen	5	Artikel 6 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder	10
		Artikel 7 Uitgestelde fronttandvervanging met implantaten voor verzekerden van 18 tot 24 jaar	10
		Ziekenhuis, behandeling en verpleging	11
		Artikel 8 Mammaprint	11
		Artikel 9 ze Arts Online	11
		Overig	11
		Artikel 10 Sportarts	11
		Artikel 11 Sportmedisch onderzoek	11

Dit zijn de voorwaarden van de aanvullende verzekering Compact van Avéro Achmea

Hoe zit het met gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekeringen?

Voor de aanvullende verzekeringen geldt dat u recht heeft op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Toch kan het voor de aanvullende verzekering zo zijn dat u een lagere vergoeding krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. Als dit zo is staat dit bij het artikel in het hoofdstuk 'Vergoedingen aanvullende verzekering' beschreven. In dat geval staat er ook bij hoe hoog deze lagere vergoeding is. Ook kan het in de aanvullende verzekering zo zijn dat wij de zorg alléén vergoeden als deze gecontracteerde zorgverleners wordt verleend. U krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners dan niets vergoed. Ook dit staat dan beschreven in deze voorwaarden.

Hoe vindt u een gecontracteerde zorgverlener?

Het is dus belangrijk om te weten met welke zorgverleners Avéro Achmea wel of geen contract heeft. Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen Avéro Achmea een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Welke informatie vindt u in deze voorwaarden?

In deze voorwaarden leest u welke zorg u wel en niet vergoed krijgt uit de aanvullende verzekering(en).

De voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

- de 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekering';
- de 'Vergoedingen aanvullende verzekering'.

Hoe vindt u de zorg die u zoekt?

De verzekerde zorg van de aanvullende verzekering vindt u op pagina 7 t/m 11.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming bij ons aanvragen via telefoon, per post of e-mail. Meer informatie over toestemming aanvragen vindt u op onze website. Hier kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

Algemene voorwaarden aanvullende verzekering Avéro Achmea

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekering. Uitzondering hierop is: artikel 1.1 lid a-c (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.3 (Niet gecontracteerde zorgverleners). Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekering. Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekering gelden. Hieronder staan die artikelen.

Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 DE AANVULLENDE VERZEKERING AANVRAGEN

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 SOMS KUNNEN WIJ U NIET AANVULLEND VERZEKEREN

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden basisverzekering;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekering.

1.3 KINDEREN DEZELFDE AANVULLENDE VERZEKERING ALS DE OUDER

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten. De aanvullende verzekering is voor kinderen jonger dan 18 jaar gratis. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert.

Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 WAT WIJ VERGOEDEN

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekering', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 VERGOEDING ZORG BIJ VERBLIJF IN HET BUITENLAND

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de Vergoedingen aanvullende verzekering. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de Vergoedingen aanvullende verzekering. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 WAT WIJ NIET VERGOEDEN (SAMENLOOP VAN KOSTEN)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico vergoedt;
- b wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 KOSTEN DIE VOORTVLOEIEN UIT TERRORISME

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerder.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 VERGOEDINGSVOLGORDE BIJ MEERDERE VERZEKERINGEN

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden we de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- de basisverzekering;
- de aanvullende verzekering (Compact).

Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekering geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

Artikel 4 Wat betaalt u?

4.1 HOOGTE VAN UW PREMIE

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar waarin u die leeftijd bereikt.

Heeft één van de ouders bij ons een basisverzekering en een aanvullende verzekering afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering. Wordt deze persoon 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin deze persoon 18 jaar wordt.

4.2 ALS U DE PREMIE NIET OP TIJD BETAALT

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? Dan gebeurt in aanvulling op artikel 9 en 10 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering het volgende. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en), als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze tweede schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vervalt dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand nadat de genoemde betalingstermijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar opnieuw een aanvullende verzekering afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 WIJ KUNNEN UW PREMIE EN/OF VOORWAARDEN WIJZIGEN

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

5.2 ALS U NIET AKKOORD GAAT MET DE WIJZIGINGEN

Gaat u niet akkoord met de hogere premie of de beperking van de voorwaarden? Stuur ons dan een brief of e-mail binnen 30 dagen nadat wij de wijziging bekend hebben gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de premie en/of voorwaarden wijzigen.

5.3 SOMS IS OPZEGGEN NA WIJZIGINGEN NIET MOGELIJK

In een aantal gevallen kunt u niet tussentijds opzeggen, als wij de premie en/of voorwaarden aanpassen. Namelijk als:

- de premieverhoging en/of de beperkingen van de voorwaarden en/of vergoeding het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie stijgt, doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt.

In deze gevallen geldt voor beëindigen de procedure zoals omschreven in artikel 7 van deze algemene voorwaarden.

Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?

6.1 UW AANVULLENDE VERZEKERING GAAT IN OP 1 JANUARI

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende basisverzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Dit kan tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. U sluit deze aanvullende verzekering dan, met terugwerkende kracht, af per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

6.2 UW AANVULLENDE VERZEKERING WIJZIGEN

Wilt u (verzekeringnemer) een al bij ons lopende aanvullende verzekering wijzigen? Dan kan dat tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. Wij wijzigen uw verzekering dan, met terugwerkende kracht, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

Heeft u (verzekeringnemer) een lopende aanvullende verzekering gewijzigd? Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding.

Heeft u eerder dan in dit kalenderjaar een uitneembare volledige gebitsprothese laten plaatsen? En heeft u het lopende kalenderjaar nog geen kosten gedeclareerd op de aanvullende tandartsverzekering? Dan heeft u het recht om uw aanvullende tandartsverzekering te wijzigen of stop te zetten.

Dan gaat de wijziging in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin wij het verzoek tot wijziging hebben ontvangen.

Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw aanvullende verzekering beëindigen:

- a door een brief of e-mail te sturen waarin u uw aanvullende verzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De aanvullende verzekering eindigt dan op 1 januari van het volgende jaar. Heeft u opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk;
- b door gebruik te maken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een aanvullende verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering op. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip. Dit is zowel de aanvullende verzekering van uzelf als die van de verzekerden die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd. Dit doen we als u (verzekeringnemer) de verschuldigde bedragen niet heeft betaald binnen de betalingstermijn die wij hiervoor in onze tweede schriftelijke aanmaning hebben gesteld.

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen besluiten de aanvullende verzekering niet langer te voeren.

Daarnaast beëindigen wij uw aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang in de volgende gevallen:

- a als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om de aanvullende verzekering goed uit te voeren;
- b als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn;
- c als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering.

Let op! Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervallen, naast de collectiviteitskorting, ook de overige voordelen. Dit zijn bijvoorbeeld extra vergoedingen die uit de collectiviteit voortkomen.

Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

Wij onderzoeken de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende declaraties. Bij rechtmatigheid controleren we of de zorgverlener de prestatie ook daadwerkelijk heeft geleverd. Bij doelmatigheid controleren we of de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden we ons aan dat wat hierover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 10 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Aevitae B.V.

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.

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw basisverzekering:

- de aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
- de aanvullende verzekering (Compact).

Mantelzorger

Degene die onbetaald, langdurig en/of intensief zorgt voor een chronisch ziek(e), gehandicapt(e) of hulpbehoevend(e) partner, ouder, kind of ander familielid.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Wij/ons

Aevitae B.V.

Zorgverzekeraar

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is de zorgverzekeraar voor uw aanvullende verzekeringen. Die voert de aanvullende verzekeringen dus voor u uit. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 28080300 en bij de AFM onder nummer 12000647.

Vergoedingen aanvullende verzekering Compact

Buitenland

Artikel 1 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)

Wij vergoeden de kosten van:

- a medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
- b vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Het ziekenvervoer moet voortvloeien uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- 2 De Aevitae Alarmcentrale moet vooraf toestemming hebben gegeven.

■ Compact 100%

Artikel 2 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Gaat u op reis naar het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van consulten noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/Landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding van kosten ter voorkoming van rabiës

- 1 Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës, vergoeden wij alleen, als u langere tijd in een land verblijft waar rabiës endemisch (in bepaalde gebieden voortdurend als ziekte aanwezig) is. En waar adequate medische hulp slecht toegankelijk is.
- 2 Daarnaast moet u minimaal aan 1 van de volgende voorwaarden voldoen:
 - U maakt een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden;
 - of u trekt langer dan 3 maanden op met, of overnacht bij, de lokale bevolking;
 - of u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
 - of u bent jonger dan 12 jaar.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Heeft Avéro Achmea uw zorgverlener niet gecontracteerd? Dan kan een eigen betaling gelden.

Wilt u weten met welke zorgverleners Avéro Achmea een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

■ Compact consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100%.
Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria, geleverd via een gecontracteerde apotheek: 100%.
Of kiest u voor geneesmiddelen ter voorkoming van malaria en/of consulten en vaccinaties bij een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij maximaal € 75,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 3 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (3.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (3.2) en Best Doctors (3.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

3.1 SPOEDEISENDE ZORG IN HET BUITENLAND

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf 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:

- a behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- b ziekenhuisverblijf en operatie;
- c behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- d medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- e tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- 2 U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via de Aevitae Alarmcentrale.

■ Compact aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

3.2 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 voor vergoeding

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
- 2 Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
- 3 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- b dieetpreparaten en drinkvoeding;
- c verbandmiddelen;
- d vaccinaties en geneesmiddelen i.v.m. een reis naar het buitenland;
- e anticonceptiva;
- f homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

■ Compact maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

3.3 BEST DOCTORS

Wij vergoeden de volgende 2 diensten van Best Doctors:

3.3.1 InterConsultation

Naast de mogelijkheid van een second opinion uit de basisverzekering, kunt u kiezen voor een second opinion door Best Doctors (internationale specialisten). De beoordeling vindt plaats op basis van uw medisch dossier, u wordt niet door Best Doctors onderzocht.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet deze second opinion vooraf telefonisch bij ons aanvragen.

3.3.2 AskTheExpert

De mogelijkheid om aanvullende, medische informatie te ontvangen van erkende deskundigen (internationale specialisten). Het medisch team van Best Doctors bekijkt of u in uw situatie voor AskTheExpert in aanmerking komt. U kunt hiervoor telefonisch contact met ons opnemen

■ Compact 100%

Fysiotherapie en oefentherapie

Artikel 4 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut voor verzekerden van 18 jaar en ouder (4.1), voor verzekerden tot 18 jaar (4.2) en fysiotherapeutische nazorg (4.3).

4.1 FYSIOTHERAPIE, OEFENTHERAPIE VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 van het hoofdstuk 'Vergoedingen zorg basisverzekeringen'). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten heeft Avéro Achmea namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op onze website vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;
- e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma' deelneemt, zoals omschreven in artikel 4 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen.

■ Compact maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar

4.2 FYSIOTHERAPIE, OEFENTHERAPIE VOOR VERZEKERDEN TOT 18 JAAR

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten heeft Avéro Achmea namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op onze website vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;
- e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma' deelneemt, zoals omschreven in artikel 4 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen.

■ Compact onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die Avéro Achmea heeft gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die Avéro Achmea niet heeft gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar.

4.3 FYSIOTHERAPEUTISCHE NAZORG

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapeutische nazorg in verband met:

- a oncologische nazorg: behandeling voor behoud of verbetering van fitheid rondom de medische behandeling van kanker én op herstel gerichte behandeling van klachten van (dreigend) lymfoedeem, littekenweefsel of andere problemen als gevolg van de medische behandeling van kanker;
- b CVA nazorg: fysiotherapeutische zorg na een beroerte (CVA, cerebro vasculair accident) door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie;
- c hart- en vaatziekten door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 van het hoofdstuk 'Vergoedingen zorg basisverzekeringen'). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de fysiotherapeutische nazorg volgen bij een PlusPraktijk fysiotherapie die Avéro Achmea hiervoor heeft gecontracteerd. Wilt u weten met welke PlusPraktijken fysiotherapie Avéro Achmea hiervoor een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

■ Compact 100%

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Artikel 5 Anticonceptiva

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden:

- a van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.
- b de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om anticonceptiva die vergoed wordt vanuit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een huisarts of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
- 2 Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- 3 Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.
- 4 Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een apotheek.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).

■ Compact 100%

Mond en tanden (mondzorg)

Artikel 6 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts of kaakchirurg. De behandeling moet het gevolg zijn van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

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

■ Compact maximaal € 10.000,- per ongeval

Artikel 7 Uitgestelde fronttandvervangings met implantaten voor verzekerden van 18 tot 24 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 tot 24 jaar definitieve fronttandvervangings met implantaten door een tandarts of kaakchirurg en de daarbij behorende prothetische vervolgbehandeling door de tandarts. De behandeling moet het gevolg zijn van het verliezen van de fronttand door een ongeval voor de 18 jarige leeftijd of het niet aangelegd zijn van de fronttand. En de behandeling moet medisch noodzakelijk zijn uitgesteld tot na de 18 jarige leeftijd, vanwege het niet volgroeid zijn van kaak of gebit. De behandeling moet worden uitgevoerd voor het bereiken de 24 jarige leeftijd. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeide kaak of gebit.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.
- 3 Bij behandeling als gevolg van een ongeval moet er zowel op de datum van het ongeval als op de datum van de definitieve behandeling volgens deze verzekering dekking zijn.

■ Compact maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Artikel 8 Mammaprint

Wij vergoeden de kosten van een Mammaprint. Met de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen. Daarmee kan de behandelend arts bepalen of chemotherapie wel of niet noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

Het laboratorium Agendia moet het onderzoek uitvoeren.

■ Compact 100%

Artikel 9 2e Arts Online

Wij vergoeden de kosten van 2e Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het Online Zorgadvies vooraf telefonisch bij ons aanvragen via telefoonnummer 0900 – 369 33 33. Als de aanvraag akkoord is, wordt u doorverwezen naar 2e Arts Online. U kunt deze aanvraag op de tool via een inlogcode zelf aanvullen en een eigen medisch specialist van het betreffende specialisme kiezen. De medisch specialist van 2e Arts Online krijgt via de online tool uw vraag en beantwoordt deze binnen 3 werkdagen met een toelichting over de gestelde diagnose, behandeling en/of onderzoek.

■ Compact 100%

Overig

Artikel 10 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van blessure- of herhalingsconsulten door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

■ Compact maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 11 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Voert een sportarts een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek uit om uw individuele gezondheid en geschiktheid te beoordelen? En moet dit onderzoek uitwijzen of u een specifieke sport kunt uitoefenen of toegelaten kunt worden tot een sportopleiding? Dan vergoeden wij de kosten hiervan niet.

■ Compact maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren