



**NATIONAL
ACADEMIC**

Aanvullende en tandartsverzekering 2019

Voorwaarden





Inhoudsopgave

1.	Algemene voorwaarden Aanvullende Verzekeringen	3
2.	Voorwaarden National Academic Servicepakket	23
3.	Aanvullende Verzekering 1 (AV-1)	27
4.	Aanvullende Verzekering 2 (AV-2)	36
5.	Aanvullende Verzekering 3 (AV-3)	51
6.	Tandartsverzekeringen	69



1. Algemene voorwaarden Aanvullende Verzekeringen

Artikel 1.1	Begripsomschrijvingen	4
Artikel 1.2	Aanmelding en inschrijving	7
Artikel 1.3	Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering	8
Artikel 1.4	Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico	10
Artikel 1.5	Premie	10
Artikel 1.6	Overige verplichtingen	12
Artikel 1.7	Wijziging van premie en/of voorwaarden	12
Artikel 1.8	Vergoedingen	13
Artikel 1.9	Mededelingen	17
Artikel 1.10	Bedenkperiode	17
Artikel 1.11	Uitsluitingen	18
Artikel 1.12	Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen	18
Artikel 1.13	Materiële controle en fraude	19
Artikel 1.14	Bescherming van uw persoonsgegevens	20
Artikel 1.15	Klachten en geschillen	22



Artikel 1.1 Begripsomschrijvingen

De algemene voorwaarden en het National Academic servicepakket zijn van toepassing op alle in deze voorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende en tandartsverzekeringen. In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

Een verzekering ter aanvulling van de National Academic Ruime Keuze 2019.

Apotheekhoudende

(Internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

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.

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.

CAK Volmacht B.V.

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

Consult alternatieve geneeswijze

Behandeling gedurende een aaneengesloten periode met een maximale duur van 1 uur waarin zorg aan de verzekerde is verleend.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de



diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 120 dagen.

Fraude

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

Fysiotherapeut

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

Huisarts

Een arts die 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 Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

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)'.

National Academic Ruime Keuze 2019

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



NZa

Nederlandse Zorgautoriteit

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

De oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Sportmedische instelling

Een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Tandarts

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekering

Eén of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven Ziektekostenverzekeringen, die als aanvulling op National Academic Ruime Keuze 2019 gesloten worden.

Verzekeringnemer

Degene die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wij/ons

De gevolmachtigde agent CAK Volmacht BV, aan wie door iptiQ Life S.A. volmacht als bedoeld in artikel 4:79 Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend terzake uitvoering van zorgverzekeringen.



Wlz

De Wet langdurige zorg.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Zorgverzekeraar

IptiQ Life S.A., met een Nederlandse vertegenwoordiging, gevestigd te Startbaan 8, 1115 XR Amstelveen. IptiQ Life S.A. is een naamloze vennootschap (société anonyme) opgenomen en geregistreerd in Luxemburg. Geautoriseerd door het Commissariat aux Assurances. Statutaire zetel: 2a, rue Albert Borschette, L-1246 Luxembourg. R.C.S. Luxembourg B 184281.

Artikel 1.2 Aanmelding en inschrijving

1.2.1

U kunt bij National Academic een aanvullende verzekering afsluiten. Dit kan alleen in combinatie met National Academic Ruime Keuze.

Een aanvullende verzekering kan nooit, met uitzondering van artikel 1.3.1, met terugwerkende kracht worden aangegaan. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het aanvraagformulier op onze website.

1.2.2

Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde ouder/verzorger op de zorgverzekering. Een uitzondering hierop zijn de aanvullende tandartsverzekeringen. De vergoedingen in de aanvullende tandartsverzekeringen hebben alleen betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder.



1.2.3

Wij kunnen een aanvraag voor een aanvullende verzekering weigeren wanneer:

- a. u nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
- b. u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 1.13 van deze verzekeringsvoorwaarden;
- c. de gegevens die u met betrekking tot uw gezondheidstoestand op het aanvraagformulier heeft weergegeven hiertoe aanleiding geven;
- d. u op het moment van aanmelding al zorg nodig heeft of deze verwacht nodig te hebben, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen van de aanvullende verzekering.

Artikel 1.3 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

1.3.1 Ingangsdatum en duur

Op het polisblad staat de ingangsdatum van uw aanvullende verzekering vermeld. De verzekering loopt tot het einde van het jaar waarin deze is ingegaan. Na dit jaar wordt uw aanvullende verzekering, samen met National Academic Ruime Keuze, automatisch verlengd voor een periode van een kalenderjaar.

1.3.2 Einde van uw aanvullende verzekering

- a. U kunt uw aanvullende verzekering beëindigen:
 - door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december door ons ontvangen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal uitgevoerde opzegging is onherroepelijk;
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt.



Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

- b. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering:
- op een door ons te bepalen tijdstip, wanneer de verschuldigde bedragen binnen de door ons gestelde betalingstermijn (zoals in de tweede schriftelijke aanmaning is vermeld) nog niet zijn betaald. Voor het beëindigen van de aanvullende verzekering worden kosten in rekening gebracht.
 - als u National Academic Ruime Keuze 2019 beëindigt.
- c. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerden, die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd;
- met onmiddellijke ingang:
 1. als u ons opzettelijk geen, niet volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
 2. als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.
 3. als er sprake is van fraude, zie artikel 1.13 van deze verzekeringsvoorwaarden.
- d. 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 zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
 - de verzekerde overlijdt;
 - de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.



U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, dan zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

1.3.3 Bewijs van einde

Als de verzekering eindigt, ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de verzekering eindigt.

Artikel 1.4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn alleen van toepassing op National Academic Ruime Keuze 2019 en niet op de aanvullende en tandartsverzekering.

Artikel 1.5 Premie

1.5.1 Hoogte van de premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

1.5.2 Betaling van premie

1.5.2.1

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 maand betaalt, dan brengen wij u geen termijnbetalingstoeslag in rekening.

1.5.2.2

U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.



1.5.2.3

Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u ten minste 2 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

1.5.3 Niet-tijdige betaling

- a. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij de dekking schorsen. Wij vermelden hierbij wat de gevolgen zijn van het uitblijven van betaling. Wij gaan over tot schorsing nadat de verzekeringnemer zonder resultaat is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, beginnende op de dag na aanmaning. In geval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg bestaat vanaf de dag na aanmaning, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Behalve in geval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid c door ons zijn ontvangen.
Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd;
- b. Indien de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid a niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij de overeenkomst beëindigen. Dit doen wij nadat de verzekeringnemer zonder resultaat is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, beginnend op de dag na aanmaning.
- c. In afwijking van lid a kunnen wij, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand, de dekking schorsen indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de eerste premie na het aangaan van de overeenkomst;
- d. Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk of per e-mail gedaan;



- e. Als wij maatregelen treffen tot incasso van de vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

1.5.4 Overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

Artikel 1.6 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden 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;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de zorgverzekering;
- om, op ons verzoek, de zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 1.7 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- a. Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.



- b. Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- c. Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- d. U mag de wijziging niet weigeren wanneer de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van een wijziging in wettelijke regelingen.

Artikel 1.8 Vergoedingen

1.8.1

U hebt recht op zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering.

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 datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandeling-combinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Mocht de aanvullende verzekering zijn beëindigd in verband met wanbetaling, dan behoudt National Academic het recht om de vergoeding in het betreffende kalenderjaar pro rata te berekenen. Dit betekent dat u geen aanspraak kunt maken op de in de voorwaarden genoemde maximale vergoedingen.

1.8.2

De zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan hebt u geen recht op vergoeding.



1.8.3 Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende gecontracteerde zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerde tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website.

1.8.4 Verwijzing, voorschrift en /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. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift of aanvraag voor toestemming moet voorafgaand aan de behandeling worden afgegeven. Op de verwijzing, het voorschrift of de aanvraag voor toestemming moeten de volgende gegevens vermeld staan:

- NAW-gegevens en geboortedatum verzekerde;
- naam, functie, AGB-code en stempel van de praktijk en/of handtekening van de verwijzer;
- datum van afgifte;
- reden van verwijzing, diagnose en eventuele overige relevante gegevens.

Een verwijzing is tot 1 jaar na afgifte geldig.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, dan hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

1.8.5 Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen



originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.wisselkoers.nl. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans, Italiaans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar mijn.na.nl.

U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren.

Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8.6 Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder.

1.8.7 Aanspraken bij verblijf in het buitenland

De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.



Dit artikel is niet van toepassing op:

- artikelen die concrete voorwaarden stellen aan zorg die enkel in Nederland kan of mag worden gegeven.
- artikel 1.12 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering.

Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.

1.8.8 Samenloop

- a. U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:
 - vanuit National Academic Ruime Keuze 2019 verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik maken van niet- gecontracteerde zorg;
 - kosten die met het eigen risico van National Academic Ruime Keuze 2019 zijn verrekenend, tenzij het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoed wordt vanuit de collectieve aanvullende verzekering;
 - wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding vanuit National Academic Ruime Keuze 2019, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.
- b. Er is geen dekking op grond van deze aanvullende verzekering wanneer 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.

Als u naast deze aanvullende verzekering een reisverzekering heeft afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt deze aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van deze aanvullende verzekering moet



in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling ter zake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden. De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer een vrijwillig gekozen eigen risico of een vergoedingsmaximum van toepassing is en geneeskundige kosten hierdoor geheel of gedeeltelijk niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen.

1.8.9

Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:

- National Academic Ruime Keuze 2019;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekeringen.

Artikel 1.9 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail' als u daarvoor hebt gekozen. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

Artikel 1.10 Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.



Artikel 1.11 Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- vergoeding van eigen bijdragen die of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van zorg verleend door u zelf uw partner, kind, ouder, of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend;
- vergoeding van zorg op voorschrift van uzelf, uw partner, kind, ouder, of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

Artikel 1.12 Recht op 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 (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan 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.



Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 1.13 Materiële controle en fraude

Materiële controle

Wij doen onderzoek naar de rechtmatigheid en doelmatigheid van gedeclareerde zorg. Wij controleren of de gedeclareerde zorg feitelijk is geleverd en of deze prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden wij ons aan dat wat hierover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Dat geldt zowel voor zorg verleend door gecontracteerde als niet - gecontracteerde zorgverleners.



Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit persoonsgegevens en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) en medepleger(s):

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting Centraal Informatie Systeem.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties. Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende (zorg)verzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de zorgverzekeraar.

Artikel 1.14 Bescherming van uw persoonsgegevens

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

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

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



- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van National Academic. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

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

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de CIS, www.stichtingcis.nl.

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U leest er alles over op www.na.nl/privacystatement.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.



Artikel 1.15 Klachten en geschillen

1.15.1 Hebt u een klacht?

Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via onze website.

Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan National Academic, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht. Deze afdeling handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

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, dan 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.

1.15.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan National Academic, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. 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: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.



2. Voorwaarden National Academic Servicepakket

Artikel 2.1	Inleiding	24
Artikel 2.2	Verhaalsbijstand/Juridisch advies	24
Artikel 2.3	Vergoedingen en aanspraken	24
Artikel 2.4	Voorwaarden National Academic Servicepakket	25



Artikel 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overige service en aanspraken van de verzekeringsovereenkomst beschreven. Ter toelichting: deze overige service en aanspraken kunnen niet worden ontleend aan en zijn niet gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering.

Artikel 2.2 Verhaalsbijstand/Juridisch advies

Verhaalsbijstand en/of juridisch advies kan worden verleend bij:

- a. Het verhalen van door verzekerde geleden letselschade, als gevolg van een ongeval, op een wettelijk aansprakelijke derde of degene die daarvoor naar burgerlijk recht aansprakelijk is.
- b. Aanspraken op schadevergoedingen ten aanzien van aansprakelijke derden zowel op grond van een toerekenbare tekortkoming als op grond van een onrechtmatige daad als gevolg van medisch handelen.

De verhaalsbijstand wordt verleend door een met ons samenwerkende organisatie en alleen voor gebeurtenissen in Nederland. De betreffende organisatie beoordeelt en bepaalt of, en zo ja in hoeverre, verhaalsbijstand aan verzekerde wordt verleend. De van toepassing zijnde regeling (waar geen rechten aan kunnen worden ontleend) maakt geen deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en wordt desgewenst toegestuurd door ons.

Artikel 2.3 Vergoedingen en aanspraken

Voor een overzicht van de vergoedingen uit het National Academic Servicepakket verwijzen wij u naar de website www.na.nl.



Artikel 2.4 Voorwaarden National Academic Servicepakket

2.4.1 Buitenland

Als u tijdens uw tijdelijk verblijf in het buitenland onverwachts ziek wordt en spoedeisende hulp nodig heeft, neem dan contact op met de Alarmcentrale. Bij een ziekenhuisopname is dit verplicht. De hulpverleners van de Alarmcentrale staan dag en nacht klaar om te helpen als u een arts wil bezoeken, opgenomen moet worden in een ziekenhuis of als u advies nodig heeft over een medisch probleem. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas.

U kunt rekenen op de volgende service:

- 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaarheid voor advies en hulp.
- Wereldwijde kennis van de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit van ziekenhuizen.
- Regelmatig contact met uw behandelend arts in het buitenland door het medisch team van de Alarmcentrale tijdens opname.
- Begeleiding tot en met uw herstel in het buitenland.
- Het organiseren van een medische repatriëring indien noodzakelijk (in geval u National Academic Ruime Keuze 2019 met aanvullende dekking heeft). Repatriëring is medisch noodzakelijk vervoer naar Nederland.

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de hulpverlening door de Alarmcentrale;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Alarmcentrale.

In geval van nood kunt u dag en nacht contact opnemen met de Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas.

2.4.2 Zorgbemiddeling en zorggarantie

2.4.2.1 Zorgbemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken hebt met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling.



2.4.2.2 Zorggarantie

Voor een groot aantal behandelingen geven wij een zorggarantie af. Dit betekent dat voor deze behandelingen wordt gegarandeerd dat binnen 5 werkdagen een eerste consult kan plaatsvinden. Daarnaast garanderen wij voor deze behandelingen dat binnen 10 werkdagen de behandeling kan plaatsvinden, mits de diagnose van de medisch specialist dit toelaat en er geen andere diagnostiek vereist is. Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling.



3. Aanvullende Verzekering 1 (AV-1)

Artikel 3.1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	28
Artikel 3.2	Anticonceptie/Sterilisatie	29
Artikel 3.3	Buitenland wereldwijd	31
Artikel 3.4	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	32
Artikel 3.5	Hulpmiddelen en eigen bijdrage	33
Artikel 3.6	Leefstijltraining	34
Artikel 3.7	Plastische chirurgie	34
Artikel 3.8	Sportmedisch onderzoek/keuring en fitness	35
Artikel 3.9	Stottertherapie	35
Artikel 3.10	Voetbehandeling/Podotherapie	35



Artikel 3.1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

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

Wij vergoeden 80% voor de gezamenlijke kosten tot een maximum bedrag van € 200,- per persoon per kalenderjaar. Per behandeling krijgt u een maximum van € 50,- vergoed. Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:
 - zijn voorgeschreven door een arts;
 - geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;
 - een volledig homeopathische samenstelling hebben;
 - zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- b. De alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van de zorgverleners die voldoen aan de door ons gestelde criteria vindt u in onze [Zorgzoeker](#).
- c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.



Uitsluitingen

Wij vergoeden de kosten niet:

- wanneer de alternatief arts of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- (laboratorium)onderzoek;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;
- van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz;
- van Mindfulness, Cogmed, Counselling en Neurofeedback.

Artikel 3.2 Anticonceptie/Sterilisatie

3.2.1 Anticonceptie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit National Academic Ruime Keuze 2019):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Spiraal (hormoon/koper);
- Implanon;
- De anticonceptiepil
- Prikpil;
- Condooms (ongeacht de leeftijd van de verzekerde).

Voorwaarden vergoeding

- De anticonceptiva moeten zijn geleverd door een gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- Wij vergoeden de anticonceptiva tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel(GVS).
- Wij vergoeden de kosten voor het plaatsen van een spiraal/Implanon vanuit National Academic Ruime Keuze 2019. Als de huisarts de spiraal/Implanon plaatst, dan verrekenen wij de kosten niet met het eigen risico. Als de spiraal/Implanon wordt geplaatst in een ziekenhuis/gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, dan verrekenen wij de kosten en de spiraal/Implanon met het nog niet verbruikte eigen risico;
- Condooms worden vergoed tot een maximum bedrag van € 20,- per kalenderjaar.



Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.

3.2.2 SOA Preventie

Wij vergoeden eenmalig de kosten van een SOA preventieconsult per jaar.

Uitsluiting

Een SOA test wordt vergoed vanuit National Academic Ruime Keuze 2019 en verrekend met het nog niet verbruikte eigen risico.

3.2.3 Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie, als de behandeling plaatsvindt in:

- in de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of in een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen

- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- De kosten van de nacontrole worden vergoed vanuit National Academic Ruime Keuze 2019.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Artikel 3.3 Buitenland wereldwijd

3.3.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van National Academic Ruime Keuze 2019 recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit National Academic Ruime Keuze 2019 zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vindt u op uw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Tandartsverzekering heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

3.3.2 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;



- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximum bedrag van € 7.000,-.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vindt u op uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

Artikel 3.4 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van National Academic Ruime Keuze 2019 recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarden

Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt vindt u in onze [Zorgzoeker](#).

Wij vergoeden een maximum bedrag van € 300,- per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult maximaal het bedrag zoals opgenomen in de lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners tot € 300,- per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde oefentherapeut.



Uitsluitingen

- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts het doel hebben om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen. zoals (medische) fitness, zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- Hydrotherapie.

Artikel 3.5 Hulpmiddelen en eigen bijdrage

3.5.1 Vergoeding eigen bijdrage

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een pruik op grond van National Academic Ruime Keuze 2019. Hierbij geldt een maximum bedrag van € 50,- per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding van een pruik vanuit National Academic Ruime Keuze 2019.

3.5.2 Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur inclusief twee broekjes) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet-gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,-. De vergoeding voor een plaswekker geldt eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.
- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.



Artikel 3.6 Leefstijltraining

Wij geven een tegemoetkoming van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van een basis leefstijltraining georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching in Zwolle voor:

- mensen met stress en burn-out gerelateerde klachten.

Voorwaarde

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

Artikel 3.7 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3.8 Sportmedisch onderzoek/keuring en fitness

Wij vergoeden:

- een sportmedisch onderzoek/keuring bij een Sportmedische instelling (aangesloten bij het FSMI) tot een maximum bedrag van € 115,- per 2 kalenderjaren;
- gedurende de looptijd van de verzekering eenmalig een bedrag van € 25,- van de inschrijfkosten van een fitnessclub. Wij vergoeden de inschrijfkosten na een bewijs van inschrijving en een bewijs van betaling.



Artikel 3.9 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de behandelmethode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de behandelmethode BOMA van het instituut 'De Pauw' te Harlingen en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken in Zutphen.

Wij vergoeden per persoon een maximum bedrag van € 350,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 3.10 Voetbehandeling/Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut, podokinesioloog of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 70,- per persoon per kalenderjaar.

Uitsluiting

Orthopedische (steun-/inleg) zolen, vervaardigd door een orthopedisch schoenmaker/orthopedisch centrum, komen niet voor vergoeding in aanmerking.



4. Aanvullende Verzekering 2 (AV-2)

Artikel 4.1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	37
Artikel 4.2	Anticonceptie/Sterilisatie	38
Artikel 4.3	Buitenland wereldwijd	40
Artikel 4.4	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	41
Artikel 4.5	Huidbehandelingen	42
Artikel 4.6	Hulpmiddelen en eigen bijdrage	44
Artikel 4.7	Kraamzorg en bevalling	45
Artikel 4.8	Kuuroorden	46
Artikel 4.9	Orthodontie tot 18 jaar	46
Artikel 4.10	Plastische chirurgie	47
Artikel 4.11	Preventie	47
Artikel 4.12	Stottertherapie	48
Artikel 4.13	Verblijf	49
Artikel 4.14	Voetbehandeling/Podotherapie	50



Artikel 4.1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

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

Wij vergoeden voor de gezamenlijke kosten een maximum bedrag van € 500,- per persoon per kalenderjaar. U krijgt een maximum bedrag van € 50,- per behandeling vergoed. Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:
 - zijn voorgeschreven door een arts;
 - geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;
 - een volledig homeopathische samenstelling hebben;
 - zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- b. De alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van de zorgverleners die voldoen aan de door ons gestelde criteria vindt u in onze [Zorgzoeker](#).
- c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.



Uitsluitingen

Wij vergoeden de kosten niet:

- wanneer de alternatief arts of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- (laboratorium)onderzoek;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;
- van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz;
- van Mindfulness, Cogmed, Counselling en Neurofeedback.

Artikel 4.2 Anticonceptie/Sterilisatie

4.2.1 Anticonceptie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit National Academic Ruime Keuze 2019):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Spiraal (hormoon/koper);
- Implanon;
- De anticonceptiepil
- Prikpil.

Voorwaarden vergoeding

- De anticonceptiva moeten zijn geleverd door een gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- Wij vergoeden de anticonceptiva tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsysteem (GVS).
- Wij vergoeden de kosten voor het plaatsen van een spiraal/Implanon vanuit National Academic Ruime Keuze 2019. Als de huisarts de spiraal/Implanon plaatst, dan verrekenen wij de kosten niet met het eigen risico. Als de spiraal/Implanon wordt geplaatst in het ziekenhuis/gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, dan verrekenen wij de kosten en de spiraal/Implanon met het nog niet verbruikte eigen risico.



Uitsluiting

Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheehoudend huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.

4.2.2 Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie:

- in de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of in een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen

- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- De kosten van de nacontrole worden vergoed vanuit National Academic Ruime Keuze 2019.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Artikel 4.3 Buitenland wereldwijd

4.3.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van National Academic Ruime Keuze 2019 recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit National Academic Ruime Keuze 2019 zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vindt u op uw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Tandartsverzekering heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

4.3.2 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;



- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximum bedrag van € 7.000,-.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vindt u op uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

Artikel 4.4 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van National Academic Ruime Keuze 2019 recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarden

Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt vindt u in onze [Zorgzoeker](#).

Wij vergoeden maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult maximaal het bedrag zoals opgenomen in de lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners tot 20 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde oefentherapeut.



Uitsluitingen

- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts het doel hebben om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen, zoals (medische) fitness, zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- Hydrotherapie.

Artikel 4.5 Huidbehandelingen

4.5.1 Acné behandeling (in het gezicht)

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- U moet jaarlijks een nieuwe medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen;
- Zorg wordt geleverd volgens het Zorgarrangement Acne;
- Behandeling door de schoonheidsspecialist is alleen mogelijk bij zorgprofiel 1;
- Op de nota moet het zorgprofiel vermeld staan;
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze als zodanig geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

4.5.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte camouflagemiddelen.



Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- U moet jaarlijks een nieuwe medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen;
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze als zodanig geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

4.5.3 Elektrische epilatie/Laserepilatie

Wij vergoeden elektrische epilatie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut, voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ernstig ontsierende gezichtsbeharig. Wij vergoeden een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- U moet jaarlijks een nieuwe medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen.
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.
- Indien de behandeling (elektrische epilatie) wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze als zodanig geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

4.5.4 Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden een bedrag van € 545,- per 3 kalenderjaren voor behandeling van psoriasis in een psoriasis dagbehandelingscentrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasis dagbehandelingscentrum overleggen.
- Het psoriasis dagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.



Artikel 4.6 Hulpmiddelen en eigen bijdrage

4.6.1 Vergoeding eigen bijdrage

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een pruik op grond van National Academic Ruime Keuze 2019. Hierbij geldt een maximum bedrag van € 100,- per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding van een pruik vanuit National Academic Ruime Keuze 2019.

4.6.2 Vergoeding brillen, brillenglazen en contactlenzen

Wij vergoeden voor een bril of lenzen ongeacht de sterkte, eenmaal een bedrag van € 30,- per periode van 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten als de nota de volgende informatie bevat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort verstrekking, het bedrag per verstrekking en de datum van de verstrekking;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten voor:

- (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- prismabrillen;
- losse monturen en/of accessoires;
- gekleurde contactlenzen.

4.6.3 Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor de aanschaf van batterijen voor hoortoestellen een maximum bedrag van € 25,- per kalenderjaar.
- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur inclusief twee broekjes) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet-gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,-. De vergoeding voor een plaswekker geldt eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.



- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.

Artikel 4.7 Kraamzorg en bevalling

4.7.1 Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden 100% van de kosten van de op basis van National Academic Ruime Keuze 2019 in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg (thuis of in een geboortecentrum).

4.7.2 Eigen bijdrage poliklinische bevalling

Wij vergoeden aan de vrouwelijke verzekerden 50% van de kosten van de op basis van National Academic Ruime Keuze 2019 in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor de kosten van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

4.7.3 Couveuse nazorg

Wij vergoeden couveuse nazorg tot een maximum van 12 uur.

4.7.4 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden. Vanaf de 11^e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, vergoeden wij maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen. Deze vergoeding vindt alleen plaats bij medische indicatie met betrekking tot de moeder, die ontstaan is tijdens of na de bevalling.

4.7.5 Kraamzorg bij adoptie

De zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 12 maanden (en niet al deel uitmaken van het desbetreffende gezin), evenals het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme. Wij vergoeden het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.



4.7.6 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Bijzonderheden

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen. [Klik hier](#) voor het telefoonnummer van de kraamzorglijn.

Artikel 4.8 Kuuroorden

Kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden. Wij vergoeden een maximumbedrag van € 460,- eenmaal per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

- Privé uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4.9 Orthodontie tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar 80% van de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- De vergoeding wordt per behandeling berekend aan de hand van de ten tijde van de behandeling geldende voorwaarden.



Uitsluitingen

Wij vergoeden de kosten niet van:

- een niet nagekomen afspraak;
- reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Artikel 4.10 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 4.11 Preventie

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.



Voorwaarden voor vergoeding

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de huidige wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, worden de kosten vanuit National Academic Ruime Keuze 2019 vergoed.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 4.12 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de behandelmethode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de behandelmethode BOMA van het instituut 'De Pauw' te Harlingen en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken in Zutphen.

Wij vergoeden per persoon een maximum bedrag van € 650,- voor de gehele duur van de verzekering.



Artikel 4.13 Verblijf

4.13.1 Herstellingsoorden (Zorghotel)/ Hospice

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een herstellingsoord (zorghotel) / hospices voor somatische gezondheidszorg of palliatieve zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag tot maximaal 42 dagen per verzekerde per 3 kalenderjaren. Indien voor deze zorg vergoeding bestaat vanuit National Academic Ruime Keuze 2019, vervalt voor-noemde vergoeding.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven als er sprake is van verblijf in een herstellingsoord (zorghotel).

4.13.2 Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

Wij vergoeden voor kinderen tot en met 16 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump).

Wij vergoeden een bedrag van € 10,- per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

4.13.3 Logieskosten

Vergoeding van de eigen bijdragen bij een noodzakelijk verblijf van ouders en eventuele partner in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een meeverzekerd kind of partner.



Artikel 4.14 Voetbehandeling/Podotherapie

4.14.1 Voetbehandeling

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes. De vergoeding bedraagt maximaal € 70,- per kalenderjaar.

Voorwaarden

- De pedicure moet, met de kwalificatie 'Diabetische voet' (DV) geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet jaarlijks een nieuwe medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes.
- Op de nota moet het zorgprofiel (0 of 1) en de Simm's classificatie vermeld staan.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten:

- van behandeling van diabetische voeten voor zover deze valt onder de aanspraak van National Academic Ruime Keuze 2019;
- voor het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- de kosten voor het knippen van nagels zonder medische redenen.

4.14.2 Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut, podokinesioloog of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 70,- per persoon per kalenderjaar.

Uitsluiting

Orthopedische (steun-/inleg) zolen, vervaardigd door een orthopedisch schoenmaker/orthopedisch centrum, komen niet voor vergoeding in aanmerking.



5. Aanvullende Verzekering 3 (AV-3)

Artikel 5.1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	52
Artikel 5.2	Anticonceptie/Sterilisatie	53
Artikel 5.3	Buitenland wereldwijd	55
Artikel 5.4	Bijzondere voedingsmiddelen	57
Artikel 5.5	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	57
Artikel 5.6	Huidbehandelingen	58
Artikel 5.7	Hulpmiddelen en eigen bijdrage	59
Artikel 5.8	Wettelijke eigen bijdrage farmacie (bovenlimietprijs GVS)	61
Artikel 5.9	Kraamzorg en bevalling	61
Artikel 5.10	Kuuroorden	62
Artikel 5.11	Orthodontie	63
Artikel 5.12	Plastische chirurgie	64
Artikel 5.13	Preventie	64
Artikel 5.14	Stottertherapie	66
Artikel 5.15	Verblijf	66
Artikel 5.16	Voetbehandeling/Podotherapie	67



Artikel 5.1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

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

Wij vergoeden in totaal maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar. Waarbij wij 100% van de kosten tot het bedrag van € 500,- vergoeden. Daarboven vergoeden wij 70% van de kosten tot het maximum van € 750,-. Per behandeling geldt een maximum vergoeding voor het bedrag van € 50,-. Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking..

Voorwaarden voor vergoeding

- a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:
 - zijn voorgeschreven door een arts;
 - geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;
 - een volledig homeopathische samenstelling hebben;
 - zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- b. De alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van de zorgverleners die voldoen aan de door ons gestelde criteria vindt u in onze [Zorgzoeker](#).
- c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.



Uitsluitingen

Wij vergoeden de kosten niet:

- wanneer de alternatief arts of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- (laboratorium)onderzoek;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;
- van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz;
- van Mindfulness, Cogmed, Counselling en Neurofeedback.

Artikel 5.2 Anticonceptie/Sterilisatie

5.2.1 Anticonceptie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit National Academic Ruime Keuze 2019):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Spiraal (hormoon/koper);
- Implanon;
- De anticonceptiepil
- Prikpil.

Voorwaarden vergoeding

- De anticonceptiva moeten zijn geleverd door een gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- Wij vergoeden de anticonceptiva tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel(GVS);
- Wij vergoeden de kosten voor het plaatsen van een spiraal/Implanon vanuit National Academic Ruime Keuze 2019. Als de huisarts de spiraal/Implanon plaatst, dan verrekenen wij de kosten niet met het eigen risico. Als de spiraal/Implanon wordt geplaatst in een ziekenhuis/gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, dan verrekenen wij de kosten en de spiraal/Implanon met het nog niet verbruikte eigen risico.



Uitsluiting

Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheehoudend huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.

5.2.2 Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie:

- in de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of in een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen

- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- De kosten van de nacontrole worden vergoed vanuit National Academic Ruime Keuze 2019.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Artikel 5.3 Buitenland wereldwijd

5.3.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van National Academic Ruime Keuze 2019 recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit National Academic Ruime Keuze 2019 zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vindt u op uw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Tandartsverzekering heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

5.3.2 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig naar een Nederlandse zorginstelling inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;



- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de Alarmcentrale vindt u op uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

5.3.3 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een vakantiereis naar het buitenland:

- Malaria;
- Difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- Gele koorts;
- Tyfus;
- Cholera;
- Hepatitis A en B.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij vergoeden:

- de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties als deze zijn gehaald bij een Nederlandse instelling;
- de kosten voor een consult alleen in combinatie met de kosten van de vaccinatie van één van de genoemde ziekten.

Uitsluitingen

Wij vergoeden:

- geen kosten voor een recept of overige toeslagen;
- geen kosten van zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen.



Artikel 5.4 Bijzondere voedingsmiddelen

Wij vergoeden een maximum bedrag van € 280,- per verzekerde per kalenderjaar voor vloeibare voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen dan wel thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

Artikel 5.5 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van National Academic Ruime Keuze 2019 recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarden

Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt vindt u in onze [Zorgzoeker](#).

Wij vergoeden maximaal 40 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden per consult maximaal het bedrag zoals opgenomen in de lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners tot 40 behandelingen per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut;
- de kosten van een behandeling door een niet-gecontracteerde oefentherapeut.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts het doel hebben om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen, zoals (medische) fitness, zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;



- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- Hydrotherapie.

Artikel 5.6 Huidbehandelingen

5.6.1 Acné behandeling (in het gezicht)

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- U moet jaarlijks een nieuwe medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen;
- Zorg wordt geleverd volgens het Zorgarrangement Acne;
- Behandeling door de schoonheidsspecialist is alleen mogelijk bij zorgprofiel 1;
- Op de nota moet het zorgprofiel vermeld staan;
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, moet deze als zodanig geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

5.6.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte camouflagemiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- U moet jaarlijks een nieuwe medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen;



- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, moet deze als zodanig geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

5.6.3 Elektrische epilatie/Laserepilatie

Wij vergoeden elektrische epilatie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut, voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ernstig ontsierende gezichtsbehandling. Wij vergoeden een bedrag van € 545,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist.
- U moet jaarlijks een nieuwe medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen;
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut;
- Indien de behandeling (elektrische epilatie) wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze als zodanig geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van ANBOS

5.6.4 Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden een bedrag van € 750,- per 3 kalenderjaren voor behandeling van psoriasis in een psoriasis dagbehandelingcentrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasis dagbehandelingscentrum overleggen.
- Het psoriasis dagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Artikel 5.7 Hulpmiddelen en eigen bijdrage

5.7.1 Vergoeding eigen bijdrage

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een pruik op grond van National Academic Ruime Keuze 2019. Hierbij geldt een maximum bedrag van € 100,- per kalenderjaar.



Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding van een pruik vanuit National Academic Ruime Keuze 2019.

5.7.2 Vergoeding brillen, brillenglazen en contactlenzen

Wij vergoeden voor een bril of lenzen ongeacht de sterkte, eenmaal een bedrag van € 230,- per periode van 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten als de nota de volgende informatie bevat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort verstrekking, het bedrag per verstrekking en de datum van de verstrekking;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten voor:

- (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- prismabrillen;
- losse monturen en/of accessoires;
- gekleurde contactlenzen.

5.7.3 Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor de aanschaf van batterijen voor hoortoestellen een maximum bedrag van € 50,- per kalenderjaar.
- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur inclusief twee broekjes) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet-gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,-. De vergoeding voor een plaswekker geldt eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.
- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,- per 2 kalenderjaren per prothese.
- Voor hulpmiddelen bij niet insuline afhankelijke diabetes een bedrag van € 45,- per kalenderjaar.
- Voor overige hulpmiddelen: een bedrag van € 455,- per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van een buikband, steunzolen (orthopedisch schoenmaker), niet versterkte braces.



Artikel 5.8 Wettelijke eigen bijdrage farmacie (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van National Academic Ruime Keuze 2019 tot maximaal € 115,- per kalenderjaar

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdragen als gevolg van de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de deelprestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten.

Artikel 5.9 Kraamzorg en bevalling

5.9.1 Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden 100% van de kosten van de op basis van National Academic Ruime Keuze 2019 in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg (thuis of in een geboortecentrum).

5.9.2 Eigen bijdrage poliklinische bevalling

Wij vergoeden aan de vrouwelijke verzekerden 100% van de kosten van de op basis van National Academic Ruime Keuze 2019 in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor de kosten van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

5.9.3 Couveuse nazorg

Wij vergoeden couveuse nazorg tot een maximum van 12 uur.

5.9.4 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden. Vanaf de 11^e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, vergoeden wij maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen. Deze vergoeding vindt alleen plaats bij medische indicatie met betrekking tot de moeder, die ontstaan is tijdens of na de bevalling.



5.9.5 Kraamzorg bij adoptie

De zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 12 maanden (en niet al deel uitmaken van het desbetreffende gezin), evenals het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme. Wij vergoeden het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

5.9.6 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Bijzonderheden

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen. [Klik hier](#) voor het telefoonnummer van de kraamzorglijn.

Artikel 5.10 Kuuroorden

Kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden. Wij vergoeden een maximum bedrag van € 900,- eenmaal per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

- Privé uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.



Artikel 5.11 Orthodontie

5.11.1 Orthodontie tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- De vergoeding wordt per behandeling berekend aan de hand van de ten tijde van de behandeling geldende voorwaarden.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een niet nagekomen afspraak;
- reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

5.11.2 Orthodontie bij 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) tot een bedrag van € 1.135,- eenmalig.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- De vergoeding wordt per behandeling berekend aan de hand van de ten tijde van de behandeling geldende voorwaarden.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een niet nagekomen afspraak;
- reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.



Artikel 5.12 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 5.13 Preventie

5.13.1 Onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de huidige wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, dan worden de kosten vanuit National Academic Ruime Keuze 2019.



Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.8.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.

5.13.2 Griepvaccinatie

Wij vergoeden jaarlijks eenmalig de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep.

5.13.3 Preventieve cursussen

Wij vergoeden een bedrag van € 150,- per 2 kalenderjaren voor de kosten van preventieve cursussen. Wij geven deze tegemoetkoming voor preventieve cursussen gericht op afvallen en hartproblemen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De cursussen moeten worden georganiseerd door een gespecialiseerde instelling. Raadpleeg voor een preventieve cursus gericht op afvallen www.gewichtsconsulenten.nl.
- U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

5.13.4 Leefstijltrainingen

Wij geven een tegemoetkoming van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van een basis leefstijltraining georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching in Zwolle voor:

- mensen met stress en burn-out gerelateerde klachten.

Voorwaarde

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

5.13.5 Korting op fitness

Gedurende de looptijd van de verzekering vergoeden wij eenmalig een bedrag van € 25,- van de inschrijfkosten van een fitnessclub. Wij vergoeden de inschrijfkosten na een bewijs van inschrijving en een bewijs van betaling.



5.13.6 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult of een sportmedisch onderzoek/keuring door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI). Wij vergoeden een maximum bedrag van € 115,- eenmaal per 2 kalenderjaren.

Artikel 5.14 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de behandelmethode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de behandelmethode BOMA van het instituut 'De Pauw' te Harlingen en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken in Zutphen.

Artikel 5.15 Verblijf

5.15.1 Herstellingsoorden (Zorghotel)/ Hospice

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een herstellingsoord (zorghotel/hospice) voor somatische gezondheidszorg of palliatieve zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag tot maximaal 42 dagen per verzekerde per 3 kalenderjaren. Indien voor deze zorg vergoeding bestaat vanuit National Academic Ruime Keuze 2019, vervalt voornoemde vergoeding.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven als er sprake is van een verblijf in een herstellingsoord (zorghotel).

5.15.2 Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

Wij vergoeden voor kinderen tot en met 16 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;



- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump).

Wij vergoeden een bedrag van € 10,- per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

5.15.3 Logieskosten

Vergoeding van de eigen bijdragen bij een noodzakelijk verblijf van ouders en eventuele partner in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een meeverzekerd kind of partner.

Artikel 5.16 Voetbehandeling/Podotherapie

5.16.1 Voetbehandeling

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar per persoon.

Voorwaarden voor vergoeding

- De pedicure moet, met de kwalificatie 'Diabetische voet' (DV) geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet jaarlijks een nieuwe medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes.
- Op de nota moet het zorgprofiel (0 of 1) en de Simm's classificatie vermeld staan.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- van behandeling van diabetische voeten voor zover deze valt onder de aanspraak van National Academic Ruime Keuze 2019;
- voor het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- voor het knippen van nagels zonder medische redenen.



5.16.2 Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut, podokinesioloog of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 150,- per persoon per kalenderjaar.

Uitsluiting

Orthopedische (steun-/inleg) zolen, vervaardigd door een orthopedisch schoenmaker/orthopedisch centrum, komen niet voor vergoeding in aanmerking. Zie artikel 5.7.3 voor de vergoeding van werkzaamheden en artikelen van de orthopedisch schoenmaker.



6. Tandartsverzekeringen

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus conform de door de NZa gemaximeerde tarieven. Dit geldt tevens voor behandelingen die in het buitenland hebben plaatsgevonden. Tevens vergoeden wij de kosten voor eenvoudige extracties en implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door een kaakchirurg. De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Wij vergoeden niet de kosten van:

- keuringsrapporten en niet nagekomen afspraken;
- uitwendig bleken van tanden en kiezen;
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor;
- orthodontie;
- abonnementen;
- tandheelkundige verklaring;
- algehele narcose (A20);
- mondbeschermers (M61).

U kunt kiezen uit onderstaande tandartspakketten:

Tandartsverzekering 1 (TV-1)

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 350,- per persoon per kalenderjaar.

Tandartsverzekering 2 (TV-2)

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 500,- per persoon per kalenderjaar. Daarboven vergoeden wij maximaal 70% (inclusief techniekkosten) van € 250,- per persoon per kalenderjaar.

Tandartsverzekering 3 (TV-3)

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 750,- per persoon per kalenderjaar. Daarboven vergoeden wij maximaal 70% (inclusief techniekkosten) van € 250,- per persoon per kalenderjaar.



**NATIONAL
ACADEMIC**

Tandartsverzekering 4 (TV-4)

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 1.000,- per persoon per kalenderjaar. Daarboven vergoeden wij maximaal 70% (inclusief techniekkosten) van € 250,- per persoon per kalenderjaar.