



Polisvoorwaarden 2018

Aanvullende Verzekeringen

Deze brochure maakt onderdeel uit van 2 andere brochures,
te weten een vergoedingenoverzicht en de basisverzekering.
Let op dat u altijd alle drie de onderdelen bij de hand heeft om iets op te zoeken.

Begripsomschrijvingen	5
Rubriek A Omvang dekking	17
Artikel 1 Eigen Risico	17
Artikel 2 Vergoeding eigen bijdrage thuiszorg	17
Artikel 3 Vervangende mantelzorg	17
Artikel 4 Geboortezorg	17
Artikel 5 Tandheeskundige hulp	19
Artikel 6 Paramedische behandelingen	20
Artikel 7 Psychologische zorg	24
Artikel 8 Extra tandheeskundige hulp	25
Artikel 9 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen	25
Artikel 10 Buitenland	26
Artikel 11 Kuurreizen	29
Artikel 12 Logeerhuis	29
Artikel 13 Hulpmiddelen	29
Artikel 14 Huidtherapie	30
Artikel 15 Podologie/podo(posturale) therapie	32
Artikel 16 Stottertherapie	32
Artikel 17 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen	33
Artikel 18 Preventie	33
Artikel 19 Farmaceutische hulp	35
Artikel 20 Herstel en verblijf	36
Rubriek B Verzekeringsvoorwaarden	36
1 Gelding van deze verzekeringsvoorwaarden	36
2 Inschrijving	36
3 Premie	36
4 Wijziging van de premie en/of voorwaarden	37
5 Verstrekkingen en vergoedingen	37
Rubriek C Overige bepalingen	38
6 Gehele of gedeeltelijke weigering van vergoeding	38
7 Geschillen	38
8 Slotbepaling	38
9 Indienen en vergoeding van nota's uit het buitenland	38

Begripsomschrijvingen

Acupuncturist

Een acupuncturist die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG (Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) en die de aanvullende opleiding acupunctuur heeft afgerond. Of iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Ambulancevervoer

Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Antroposofisch therapeut

Een antroposofisch therapeut moet voldoen aan één van onderstaande voorwaarden:

- een fysiotherapeut die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een diëtist, logopedist of oefentherapeut die voldoet aan de eisen in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een verpleegkundige of een verloskundige die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de hbo-opleiding kunstzinnige of euritmitherapie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die een aanvullende opleiding op het gebied van antroposofische (psychosociale) hulpverlening heeft afgerond.

Alle therapeuten dienen te zijn geregistreerd bij de beroepsverenigingen die zijn aangesloten bij de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, lid 5, van de Geneesmiddelenwet.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts aan wie krachtens artikel 61, lid 10 en 11, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Arts

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

Basisverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel hoofdverzekering of zorgverzekering genoemd.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

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

Bestuur

Raad van Bestuur van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

Centrum voor medisch specialistische zorg

Een instelling voor medisch specialistische zorg, die als zodanig conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels is toegelaten.

Chiropractor

Een chiropractor die is geregistreerd als beroepsbeoefenaar in de chiropractie en die een opleiding op academisch niveau (erkend 'college of chiropractic') heeft afgerond. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Chronische aandoening fysiotherapie en/ of oefentherapie

Een aandoening die is opgenomen in, de op de dag waarop de gedeclareerde prestatie is geleverd geldende, Bijlage I van het Besluit zorgverzekering.

Collectiviteit

Een groep van personen, wiens belangen wordt behartigd door een werkgever of een rechtspersoon, op grond van een overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en werkgever of rechtspersoon.

Cranio Sacraal therapeut

Dit is een minimaal op hbo-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar (niet-zijnde de eigen huisarts) die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die door de RCN (Register Cranio Sacraal therapie Nederland) zijn gesteld. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Dagbehandeling

Behandeling in een instelling met opname en ontslag op dezelfde dag.

DOT (Diagnose Behandeling Combinatie op weg naar Transparantie) en DBC-zorgproduct

DOT is het declaratiesysteem voor ziekenhuizen, dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. De eenheden waarin wordt gedeclareerd worden DBC-zorgproducten genoemd. Deze DBC-zorgproducten zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. Een DBC-zorgproduct vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten na een vast aantal dagen. Met betrekking tot de tarieven van zorgproducten is er een onderscheid in drie segmenten: een vast segment met vaste tarieven, een gereguleerd segment met maximum tarieven en een vrij onderhandelbaar segment waarbinnen de verzekeraars afspraken maken met de ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde extramuraal specialisten over de in rekening te brengen tarieven.

Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Drogisterijmiddel

Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel zelfzorgmiddel genoemd.

DSM IV-TR

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: het internationale classificatiesysteem voor geestelijke gezondheidszorg. De DSM noemt de criteria die als richtlijn dienen bij het vaststellen van een psychische stoornis. IV-TR is de aanduiding voor de tekstrevisie van de vierde herziene versie van de DSM.

Eigen bijdrage

Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

EU- en EER-staat

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

Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake Bloedvoorziening van toepassing is.

Fleboloog/proctoloog

Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

Fraude

Onder fraude wordt in ieder geval verstaan 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 fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysieke uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

Gebruikelijke zorg

Zorg en diensten waarvan de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van deze maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Gecontracteerde zorg

De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van een zorgverzekering laat verlenen op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

Generalistische Basis GGZ

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. De generalistische Basis GGZ wordt op basis van bijbehorende patiëntprofielen onderverdeeld in vier prestaties:

- a. Kort (BK);
- b. Basis GGZ Middel (BM);
- c. Basis GGZ Intensief (BI);
- d. Basis GGZ Chronisch (BC).

Geriatric fysiotherapeut

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

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Gespecialiseerde GGZ

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

Gezin

Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden met of zonder ongehuwde kinderen, of een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen, die aantoonbaar duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Gezinslid

Persoon behorend tot het gezin als bedoeld in de voorgaande begripsomschrijving.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GeZZondCheck

Met de GeZZondCheck wordt uw gezondheid gemeten. Op basis van de resultaten krijgt u een persoonlijk advies over uw gezondheid en leefpatroon.

GGD-arts

Een arts die in opdracht van de Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdienst werkzaam is op terreinen zoals de volksgezondheid, forensische geneeskunde en de geneeskundige hulpverlening bij rampen e.d.

GGZ-instellingen

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI).

Haptotherapeut

Een haptotherapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die ook de aanvullende opleiding haptotherapie heeft voltooid. Een haptotherapeut moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria die worden gehanteerd door de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Herstellingsoord en Zorghotel

Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/ of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is.

(Klassiek) Homeopaat

Een (klassiek) homeopaat, die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding homeopathische geneeswijze heeft afgerond. Of een (klassiek) homeopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en een aanvullende opleiding in de homeopathie. Een (klassiek) homeopaat moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Hoofdverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of zorgverzekering genoemd.

Hospice

Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven en voor tijdelijke opvang van hun naasten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelen

De hulpmiddelen conform de zorgverzekering.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte van bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IVF-poging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode inhoudende:
het door hormonale behandeling bevordering van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
de follikelpunctie;
de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
het één of meer keren implanteren van embryo('s) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Jeugdgezondheidszorgarts

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

Kaakchirurg

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

Ketenzorg

De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, Astma, CVRM en Diabetes mellitus type 2). De zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening. Voor een overzicht van welke zorgaanbieders deelnemen aan de keten, kunt u terecht op onze website zorgenzekerheid.nl.

Kind

Ongehuwd eigen, adoptief of pleegkind tot 18 jaar.

Kinderfysiotherapeut

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

Kinderoefentherapeut

Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die als kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kraambureau of kraamcentrum

Een instelling, bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door Zorg en Zekerheid als zodanig erkende instelling voor de levering van kraamzorg op het woonadres of de verblijfplaats van de verzekerde.

Kraamzorg

De zorg voor moeder en pasgeboren kind die thuis bij de verzekerde wordt verleend door een aan het kraambureau verbonden kraamverzorg(st)er, na een (telefonische) intake door het kraambureau of kraamcentrum.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een laboratorium, dat conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Lactatiekundige

Een lactatiekundige die is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen en werkt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Lichamelijke functiestoornissen

Van een lichamelijke functiestoornis is sprake bij bijvoorbeeld een bewegingsbeperking, gezichtsveldbeperking of doorgankelijkheid. Psychische en sociale functiestoornissen ten gevolge van een lichamelijke afwijking vormen geen indicatie voor vergoeding.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Manueel geneeskundige

Een manueel geneeskundige die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding Manuele geneeskunde heeft afgerond.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als manueel therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

Mantelzorg

De zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten, familie, vrienden, kennissen en burens.

Marktconform bedrag

Voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

(Medisch) adviseur

De (tand)arts, fysiotherapeut of andere deskundige die Zorg en Zekerheid in medische, fysiotherapeutische of andere aangelegenheden adviseert.

Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, voor zover vallend onder de dekking van deze polis. Eén en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.

Medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

Medisch noodzakelijke repatriëring

Het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover er sprake is van verblijf in het buitenland zoals bedoeld in artikel 3 Buitenland.

Medisch specialist

Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Model-Kwaliteitsstatuut ggz

In het model-Kwaliteitsstatuut ggz staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz moeten hebben geregeld op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg. Dit model is van kracht per 1-1-2017 voor alle aanbieders van generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet.

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', en bevoegdheid heeft op grond van artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid.

Natuurgeneeskundige

Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding natuurgeneeskunde heeft afgerond.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als oedeemtherapeut staat geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/Mensendieck die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Ongeval

Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door Zorg en Zekerheid de aard en plaats geneeskundig is vast te stellen.

Opname

Opname in instelling, indien en zolang op medische gronden de verzekerde zorg uitsluitend in een instelling kan worden geboden.

Orthodontie

Een volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaarde behandeling of onderzoek behorend tot het specialisme dat wordt uitgeoefend door een orthodontist.

Orthodontist

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

Orthomoleculair geneeskundige

Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding orthomoleculaire geneeskunde heeft afgerond.

Orthopedagoog

Een orthopedagoog die als orthopedagoog is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

Osteopaat

Een osteopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en die de aanvullende opleiding osteopathie heeft voltooid en staat geregistreerd in het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Overgangsconsulent(e)

Een overgangsconsulente met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie en die voldoet aan de kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de vereniging Care for Women.

Partner

De persoon met wie de verzekerde duurzaam samenwoont of is gehuwd en met wie de verzekerde een gemeenschappelijke huishouding voert.

Pedicure (medisch)

De pedicure dient opgenomen te zijn in het Kwaliteits Register voor Pedicures (KRP). Voor de basisverzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van de aantekening 'voetverzorging bij diabetici'. Voor de aanvullende verzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van een aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) en/ of 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV). Naast een basisvoetbehandeling is hij/zij gespecialiseerd in het geven van een voetbehandeling bij diabetici en/of reumapatiënten. Een medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure die alle vormen van complexe voetproblematieken van cliënten kan behandelen.

Persoonsregistratie

Een samenhangende verzameling van op verschillende personen betrekking hebbende persoonsgegevens, die langs geautomatiseerde weg wordt bijgehouden of - met het oog op - een doeltreffende raadpleging van die gegevens, systematisch is aangelegd.

Physician assistant (PA)

Een physician assistant dient een afgeronde erkende opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg te hebben en ten minste twee jaar werkervaring in de directe patiëntenzorg. Een physician assistant (PA) kan zelfstandig taken van de arts overnemen, bijvoorbeeld het afnemen van een anamnese, het opstellen van een behandelplan, maar ook heelkundige handelingen zoals operaties, pacemakerimplantaties, endoscopieën, zenuwblokkades en het plaatsen van een centraal veneuze katheter (CVC).

Podoposturale therapeut

Een podoposturale therapeut die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld het Omni Podo Genootschap.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Psychosomatisch fysiotherapeut

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

Psychosomatisch oefentherapeut

Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die als psychosomatisch oefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Psychotherapeut

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

Psychiater/zenuwarts

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

Redelijke afstand

Redelijke afstand tot gecontracteerde zorg in een vastgestelde straal in kilometers vanuit de woonplaats van de verzekerde. Een lijst met redelijke afstanden met betrekking tot de diverse vormen van zorg wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. U kunt voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Regiebehandelaar

Zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-face consult met de patiënt. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan, door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De regiebehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.

Registerpodoloog

Een podoloog die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Stichting LOOP

Reglement Farmaceutische Zorg

Het Reglement Farmaceutische Zorg is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures.

Reglement Hulpmiddelen

Het Reglement Hulpmiddelen is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatie technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een bij of krachtens de bij Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Schoonheidsspecialist

Een schoonheidsspecialist met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die de aanvullende opleidingen van bijvoorbeeld de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) heeft voltooid.

Second opinion

Het vragen van een beoordeling door een tweede, onafhankelijke arts, over een door uw arts gestelde diagnose/ voorgestelde behandeling. De volgende voorwaarden gelden:
de artsen moeten werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied;
u moet met de second opinion terugkeren naar de eerste behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion door de behandelaar.

Shiatsu-therapeut

Een therapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Vereniging voor IOKAI Shiatsu (VIS). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Specialistische hulp

Hulp of onderzoek dat volgens de algemeen aanvaarde medische normen tot het specialisme behoort waarvoor de medisch specialist is ingeschreven en dat als gebruikelijke behandeling of onderzoek kan worden aangemerkt.

Standaard kraampakket

Een kraampakket waarin alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd zijn opgenomen.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Tandtechnicus

Een tandtechnicus, die bij een tandtechnisch laboratorium tandtechnische werkstukken vervaardigt.

U/de verzekerde

Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als verzekerde bij Zorg en Zekerheid is ingeschreven.

Uitgebreid kraampakket

Een kraampakket dat naast alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd een aantal nuttige extra's bevat.

Verblijf

Verblijf gedurende tenminste 24 uur.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, andere lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige

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

Verminking

Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die in het dagelijks leven meteen opvalt. Deze misvorming moet het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundig verrichting.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen of geestelijke gezondheidszorg.

Verzekerde

Iedere verzekeringsplichtige die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekering

De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringsduur

Duur van de verzekering dat men in totaal aansluitend bij Zorg en Zekerheid verzekerd is.

Verzekeringnemer

Degeene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Verzekeringsjaar

De op het polisblad omschreven periode en elke daaropvolgende aaneengesloten periode van 12 maanden.

Verzekeringsovereenkomst

De overeenkomst van verzekering gesloten tussen een verzekeringnemer en de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Welzijnsorganisatie

Een non-profit organisatie die zich richt op het verbeteren en het stimuleren van de gezondheid (anders dan voor recreatieve doeleinden) door hulpverlening, het geven van cursussen en door het houden van voorlichtingsbijeenkomsten, allen in groepsverband.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wij/ons/Zorg en Zekerheid

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Wijkverpleging

Verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wlz

Wet langdurige zorg.

WMG-tarief

Het tarief zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

Zelfzorgmiddel

Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist, maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel drogisterijmiddel genoemd.

Ziekenhuis

Een centrum voor medisch specialistische zorg dat volgens de regels van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als ziekenhuis of ZBC is toegelaten.

Zintuigelijk gehandicapt

Iemand met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

Zittend ziekenvervoer

Het vervoer per openbaar vervoer, auto of taxi anders dan in een ambulance waar verzekerden, ingevolge de Zorgverzekeringswet aanspraak op kunnen maken.

Zorghotel en herstellingsoord

Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/ of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is. Eerstelijnsverblijf valt hier niet onder.

Zorgpolis

De akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, verder te noemen Zorg en Zekerheid.

Zorgverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of hoofdverzekering genoemd.

Zorgzwaartepakket (ZZP)

Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een pakket van zorg dat aansluit op uw persoonlijke kenmerken en de zorg die u nodig hebt. Het omvat wonen, zorg, behandeling en diensten en mogelijk dagbesteding. Er zijn verschillende ZZP's te onderscheiden met of zonder dagbesteding. De hoogte van het ZZP geeft aan waar u recht op hebt. De zorg dient te voldoen aan de omschrijving vanuit de regelgeving van één van de hiertoe gedefinieerde ZZP's voor Langdurige GGZ. Voor een volledige beschrijving van alle zorg die onder een ZZP valt, verwijzen wij u naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Onderstaande definities gelden ook voor deze verzekeringsvoorwaarden.

Aanvullend verzekerde

Degene die als verzekerde in het kader van deze aanvullende verzekering als zodanig is ingeschreven.

Aanvullende verzekering

Verzekering tegen kosten van verstrekkingen ter voorziening in de geneeskundige verzorging van de aanvullend verzekerden, voor zover die kosten niet vergoed worden bij of krachtens de Zvw of de AWBZ, binnen de grenzen in deze voorwaarden gesteld.

AZVZ

De uitvoerder van deze aanvullende verzekeringen.

Duikarts

Een in het kader van het Certificeringssysteem (Sport)duikerarts onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde gecertificeerde arts.

Maatschappij(risicodragers)

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden.

Premie

De premie voor de aanvullende verzekering.

Regeling zorgverzekering

De Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nr. Z/VV- 2611957, zoals die thans luidt en in de toekomst zal luiden. In deze regeling zijn nadere bepalingen omtrent de verstrekkingen in het kader van de Zorgverzekeringswet opgenomen.

Verzekerde bij AZVZ

De verzekerde die ter voldoening aan het vermeldde in artikel 2 van de Zorgverzekeringswet als verzekerde is ingeschreven bij Zorg en Zekerheid via AZVZ.

Zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid

De verzekering ingevolge de verzekeringsvoorwaarden zorgverzekering van Zorg en Zekerheid.

Zvw

De Zorgverzekeringswet en de bij of krachtens deze wet getroffen regelingen.

Rubriek A Omvang dekking

Artikel 1 Eigen Risico

De aanvullende verzekering vergoedt aan aanvullend verzekerde werknemers het in het kader van de zorgverzekeringswet wettelijk verplichte eigen risico van € 385,00 per verzekerde werknemer van 18 jaar of ouder, mits hiervoor met de werkgever afspraken zijn gemaakt.

Artikel 2 Vergoeding eigen bijdrage thuiszorg

Wat wordt er vergoed?

Als u gebruik maakt van zorg in het kader van de WLZ of WMO, dan kunt u te maken krijgen met een eigen bijdrage. Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten van de eigen bijdrage, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- u heeft een indicatie voor thuiszorg;
- de nota dient van het CAK en/of de gemeente te komen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
100% tot maximaal € 500,00, per kalenderjaar	100% tot maximaal € 500,00, per kalenderjaar

Artikel 3 Vervangende mantelzorg

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van vervangende mantelzorg tijdens de vakantie van de reguliere mantelverzorger(s) per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De vervangende mantelzorg moet worden geregeld door de Stichting Thuisverzorging Gehandicapten (Handen in Huis).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Tot een maximum van 6 weken	Tot een maximum van 6 weken

Artikel 4 Geboortezorg

Alleen (vrouwelijke) verzekerden kunnen aanspraak maken op de in dit hoofdstuk vermelde vergoedingen of verstrekkingen.

5.1 Kraampakket

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen. Als beide ouders verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid, is er slechts recht op één kraampakket.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U dient het kraampakket uiterlijk in de 20e week van de zwangerschap aan te vragen via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer (071) 5 825 555) of zorgenzekerheid.nl zoek op kraamzorg. Het kraampakket kan ook worden aangevraagd bij adoptie als het kind jonger is dan 6 maanden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Uitgebreid kraampakket	Uitgebreid kraampakket

4.2 Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp en kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen per bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De eigen bijdrage moet betrekking hebben op de kosten van de poliklinische bevalling zonder medische indicatie of op de kosten van de kraamzorg.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
100% tot maximaal € 312,00 per kalenderjaar	100% tot maximaal € 312,00 per kalenderjaar

4.3 Vergoeding verlengde of uitgestelde kraamzorg

4.3.1 Vergoeding verlengde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

Verlengde kraamzorg na de 10e dag na de bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het kraambureau stelt de indicatie vast in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer (071) 5 825 555);
- de verlengde kraamzorg moet aansluiten op de reguliere kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) of op het ziekenhuisontslag (maximaal 10 dagen na de bevalling).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Maximaal 16 uur	Maximaal 16 uur

4.3.2 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

Als u geen aanspraak meer kunt maken op reguliere en/of verlengde kraamzorg, kunt u mogelijk nog in aanmerking komen voor uitgestelde kraamzorg. Dit kan bijvoorbeeld zijn wanneer u langer in het ziekenhuis moest verblijven na een keizersnede, bij geboorte van een meerling of als er sprake is van couveuse zorg. Het kraamcentrum moet in overleg met de verloskundige de medische noodzaak vaststellen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het kraambureau stelt de indicatie in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer (071) 5 825 555);
- u kunt tot maximaal 6 weken na de bevalling of na adoptie van kinderen jonger dan 6 maanden aanspraak maken op vergoeding van uitgestelde kraamzorg. Bij couveusekinderen geldt de termijn van 6 weken niet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Maximaal 16 uur	Maximaal 16 uur

4.4 Zwangerschapscursus

Wat wordt er vergoed?

De kosten van het volgen van een zwangerschapscursus per vrouwelijke verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de cursus vindt plaats tijdens de zwangerschap en dient ter voorbereiding op de bevalling;
- Of;
- de cursus dient ter bevordering van het fysieke herstel en vindt plaats tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

De cursus wordt georganiseerd door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een gekwalificeerde zorgverlener die aangesloten is bij, en voldoet aan de kwaliteitseisen van, de vereniging Samen Bevallen;
- een fysiotherapeut;
- een oefentherapeut Cesar;
- een oefentherapeut Mensendieck.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een (kopie)bewijs van deelname overleggen waarop de kosten staan vermeld.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Geen vergoeding	100% max. € 100,00

Artikel 5 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als deze volgens Zorg en Zekerheid doelmatig en gebruikelijk zijn en de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Zorg in de aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering, daarom kan zorg uit de basisverzekering niet onder de aanvullende verzekering vallen. Voor vergoeding komen alleen de kosten in aanmerking die niet gedekt zijn door de zorgverzekering of op een andere wijze. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tenzij anders vermeld.

Behandelingen gericht op controle, preventie, mondhygiëne en tandvleesproblemen kunnen ook uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een vrijgevestigde mondhygiënist. Zorg en Zekerheid vergoedt voor de behandelingen in rekening gebracht door vrijgevestigde mondhygiënist de prestatiecodes. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

De bedragen zoals gemeld in de vergoedingentabellen zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders vermeld.

Welke kosten worden niet vergoed?

- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- de kosten voor röntgendiagnostiek in combinatie met controle boven de € 35,00 per kalenderjaar;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- kaakoverzichtfoto's (X21) tot 18 jaar;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- bleken van elementen;
- mondbeschermer tenzij uitgevoerd en gedeclareerd door tandarts;
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat.

5.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

5.1.1 Consulten en behandelingen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de volledige kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking op controles, preventie, röntgendiagnostiek, reguliere vullingen, extracties, gnatologische behandelingen en incidenteel consult indien de behandelingen uitgevoerd en gedeclareerd worden door een tandarts of door een vrijgevestigde mondhygiënist.

- tandvleesbehandelingen uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist (voor tarieven mondhygiënist zie zorgenzekerheid.nl);
- de eigen bijdrage in de kosten van de volledige gebitsprothese in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten in boven en/of onderkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- gedeeltelijke prothetische voorziening in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 35,00 per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
100% tot maximaal € 1.000,00	100% tot maximaal € 1.000,00

Artikel 6 Paramedische behandelingen

6.1 Algemene voorwaarden fysiotherapie en/of oefentherapie

- de fysiotherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- de oefentherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck dan wel een oefentherapeut Cesar;
- in geval van oedeemtherapie en littekentherapie kan de behandeling ook uitgevoerd worden door een huidtherapeut;
- de fysiotherapeut, oefentherapeut en huidtherapeut moet geregistreerd staan in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie, Keurmerk Fysiotherapie of Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- in geval van een zitting manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie of geriatrie fysiotherapie moet de behandeling worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die voor de betreffende verbijzondering staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie;
- in geval van een zitting kinderoefentherapie moet de behandeling worden uitgevoerd door een oefentherapeut die voor de betreffende therapie geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd); een chronische aandoening moet benoemd zijn in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Of sprake is van een chronische aandoening kan afhangen van de leeftijd van de verzekerde. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding bovendien beperkt tot de maximale behandelduur, zoals in Bijlage 1 bij het besluit Zorgverzekering is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk is en door een behandelend arts is voorgeschreven;
- de fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling bestaat uit zogenaamde prestaties. Elke prestatie telt als één behandeling. Dit betekent dat bijvoorbeeld ook een "screening" en een "intake en onderzoek na screening" elk als één behandeling kunnen tellen;
- elk behandeltraject start met "screening" en "intake en onderzoek na screening" of met "screening en intake en onderzoek" of met "intake en onderzoek na verwijzing";
- fysiotherapie of oefentherapie voor een niet-chronische aandoening is direct toegankelijk (er is geen verwijzing nodig). Deze Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) omvat de "screening" en "intake en onderzoek na screening" of "screening en intake en onderzoek".;
- per dag komt maximaal één zitting fysiotherapie of oefentherapie voor vergoeding in aanmerking tenzij:
 - a. er medische noodzaak bestaat voor meerdere zittingen op één dag en dit is vastgesteld door een arts, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf toestemming heeft gegeven aan de therapeut;
 - b. het gaat om "screening", "screening en intake en onderzoek", "intake en onderzoek na screening" of "intake en onderzoek na verwijzing". Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat.
- als u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én als deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting;
- in bijzondere gevallen heeft u vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor fysiotherapie of oefentherapie. Het gaat hier om de volgende indicaties (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering):
 - a. Div D5 Revalidatie(dag)behandeling, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - b. Div D5 Verpleeghuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - c. Div D5 Ziekenhuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag.
- De aanvraag tot toestemming van Zorg en Zekerheid moet worden ingediend door uw behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut; het maximale aantal behandelingen dat is aangegeven per aanvullend pakket geldt voor de fysiotherapiebehandelingen die zijn omschreven onder 6.1.1, 6.1.2 en 6.1.3 samen;
- handelingen die worden verricht tijdens de zitting, zoals shockwave en dry needling zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de fysiotherapeut of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- de kosten van tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals (hulp-) verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- de indicatie artrose aan heup- en kniegewrichten wordt niet vergoed;
- in geval van behandeling voor claudicatio intermittenans moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ClaudicatioNet. U vindt de gegevens van de gecontracteerde ClaudicatioNet fysiotherapeuten op

zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker of u kunt ze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij een van onze verzekeringswinkels;

- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen gesuperviseerde looptraining na 37 zittingen uit de basisverzekering bij Claudicatio Intermittens gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet. In geval van behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet.

6.1.1 Fysiotherapie door een gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding uit de basisverzekering.

Welke verbijzonderingen fysiotherapie worden vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor manuele therapie, kinderysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie en geriatrie fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerde fysiotherapeut. U vindt de gegevens van deze gecontracteerde fysiotherapeuten op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** of u kunt ze opvragen via ons Contact Center: (071) 5 825 825 of bij een van onze verzekeringswinkels;
- voor de verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 6.1.3;
- alle zittingen voor eerstelijns fysiotherapie, ook als gegeven door een huidtherapeut, en -oefentherapie tellen mee in de genoemde maxima, ook eerstelijnszittingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Alle behandelingen fysiotherapie	Alle behandelingen fysiotherapie

6.1.2 Fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar voor chronische en niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeem- en huidtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie. Voor deze verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 6.1.3.

Bij hulp door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut (oedeem- of littekentherapie) vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. De vergoeding voor een verbijzonderde zitting (bijv. manuele therapie) door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut is gelijk aan de vergoeding voor een reguliere zitting bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut (er wordt geen opslag toegekend).

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestaties "screening", "intake en onderzoek na screening" en "screening en intake en onderzoek" (Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de "toeslag voor behandeling aan huis", "toeslag voor behandeling in een instelling" en de "toeslag voor behandeling op de werkplek" door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Alle behandelingen fysiotherapie	Alle behandelingen fysiotherapie

6.1.3 Verbijzonderingen fysiotherapie

Manuele therapie

Als onderdeel van het aantal behandelingen per aanvullende verzekering, aangegeven in artikel 6.1.1 en 6.1.2, worden zo nodig maximaal 9 behandelingen manuele therapie vergoed. Zowel de behandelingen in de basisverzekering als de behandelingen in de aanvullende verzekering tellen mee voor deze 9.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als manueel therapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- De behandeling manuele therapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de Domeinbeschrijving Manuele Therapie van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut.

Kinderfysiotherapie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- De behandeling kinderfysiotherapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de Domeinbeschrijving Kinderfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut.

Bekkenfysiotherapie

Als er sprake is van klachten in het gebied van bekken, buik en bekkenbodem, zoals urine-incontinentie of zwangerschap gerelateerde bekken(bodem)klachten, kan er een behandelindicatie zijn voor bekkenfysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- Voor de behandeling bekkenfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening die voldoet aan de gestelde richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek (NVFB). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut.

Oedeemtherapie

Als er sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch- of veneuze stelsel dan kan er sprake zijn van een behandelindicatie voor oedeemtherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapeut (status kwaliteitsgeregistreerd) of door een huidtherapeut die gecontracteerd is door Zorg en Zekerheid;
- bij behandeling van een chronische indicatie door een huidtherapeut is een geldige verwijzing van een arts aanwezig.

Psychosomatische fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met psychisch disfunctioneren, kan er een behandelindicatie zijn voor psychosomatische fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd is in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut;
- er dient sprake te zijn van matig tot zwaar gecompliceerde psychische herstelbelemmerende factoren, een en ander ter beoordeling van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid, met inachtneming van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP);
- de verzekerde is 18 jaar of ouder.

Geriatric fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met geriatriche problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor geriatriche fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als geriatriche fysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut;
- er moet sprake zijn van aandoeningen die worden vastgesteld op basis van de criteriumlijst van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatriche (NVFG).

6.1.4 KNGF beweegprogramma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden Beweeginterventies en gegeven wordt in fysiotherapiepraktijken met het kwaliteitslabel KwaliteitZorg 3- of 2-sterren. Op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker kunt u per aandoening een overzicht vinden van de gecontracteerde 3- of 2 sterrenpraktijken die een KNGF beweegprogramma aanbieden.

Wat wordt er niet vergoed?

Er geldt geen vergoeding voor een indicatie waarvoor u ook een individueel traject doorloopt bij de fysiotherapeut.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

6.1.5 Beweegprogramma Fitkids of JOGG leefstijlinterventie programma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma Fitkids geleverd door een gecontracteerde fysiotherapeut die bij Fitkids is aangesloten. Of een volledig doorlopen leefstijlinterventieprogramma in het kader van JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) door een gecontracteerde fysiotherapiepraktijk met het kwaliteitslabel Kwaiteit Zorg 3- of 2-sterren. U vindt de gegevens van de gecontracteerde fysiotherapeuten met dit kwaliteitslabel op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker of u kunt deze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

6.2 Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar uitgevoerd door een gecontracteerde zorgverlener per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de oefentherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck dan wel een oefentherapeut Cesar;
- de oefentherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- in geval van een zitting kinderoefentherapie of zitting psychosomatische oefentherapie moet de behandeling worden uitgevoerd door een oefentherapeut die voor de betreffende therapie staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- een chronische aandoening moet benoemd zijn in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Of sprake is van een chronische aandoening kan afhangen van de leeftijd van de verzekerde. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding bovendien beperkt tot de maximale behandelduur, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk is en door een behandelend arts is voorgeschreven;
- de oefentherapeutische behandeling bestaat uit zogenaamde prestaties. Elke prestatie telt als één behandeling. Dit betekent dat bijvoorbeeld ook een "screening" en een "intake en onderzoek na screening" elk als één behandeling kunnen tellen; elk behandeltraject start met "screening" en "intake en onderzoek na screening" of met "screening, intake en onderzoek" of met "intake en onderzoek na verwijzing";
- oefentherapie voor een niet-chronische aandoening is direct toegankelijk (er is geen verwijzing nodig). Deze Directe Toegankelijkheid omvat de "screening" en "intake en onderzoek na screening" of "screening en intake en onderzoek".
- per dag komt maximaal één zitting oefentherapie voor vergoeding in aanmerking tenzij:
 - a. er medische noodzaak bestaat voor meerdere zittingen op één dag en dit is vastgesteld door een arts, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf toestemming heeft gegeven aan de therapeut;
 - b. het gaat om "screening", "screening en intake en onderzoek", "intake en onderzoek na screening" of "intake en onderzoek na verwijzing". Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat;
- als u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen, al dan niet gegeven door een andere oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting.
- in bijzondere gevallen heeft u vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor oefentherapie. Het gaat hier om de volgende indicaties (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering):
 - a. Div D5 Revalidatie(dag)behandeling, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - b. Div D5 Verpleeghuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - c. Div D5 Ziekenhuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag.

De aanvraag tot toestemming van Zorg en Zekerheid moet worden ingediend door uw behandelend oefentherapeut;

- handelingen die worden verricht tijdens de zitting zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals (hulp-)verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen gesuperviseerde looptraining na 37 zittingen uit de basisverzekering bij Claudicatio Intermittens gegeven door een oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet. U vindt de gegevens van de gecontracteerde ClaudicatioNet fysiotherapeuten op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker of u kunt ze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij een van onze verzekeringswinkels;
- in geval van behandeling voor claudicatio intermittens moet uw oefentherapeut aangesloten zijn bij ClaudicatioNet;
- in geval van behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen moet uw oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde oefentherapeut ga?

- bij hulp door een niet-gecontracteerde oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. De vergoeding voor een verbijzonderde zitting (bijv. kinderoefentherapie) door een niet-gecontracteerde oefentherapeut is gelijk aan de vergoeding voor een reguliere zitting bij een niet-gecontracteerde oefentherapeut (er wordt geen opslag toegekend);
- de prestaties “screening”, “intake en onderzoek na screening” en “screening en intake en onderzoek” (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de “toeslag voor behandeling aan huis”, “toeslag voor behandeling in een instelling” en “toeslag voor behandeling op de werkplek” door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Alle behandelingen	Alle behandelingen

Artikel 7 Psychologische zorg

7.1 Overige psychologische hulp

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen kosten voor behandelingen door het Helen Dowling Instituut, een Simonton therapeut, Kanjertrainingen, Keiko therapie, behandelingen door therapeuten lid van de NVPIT, NVBT(biodynamische therapie), NVPO en NVAGT per verzekerde, per kalenderjaar

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
100% tot maximaal € 320,00 per kalenderjaar	100% tot maximaal € 320,00 per kalenderjaar

7.2 Lichttherapie

Wat wordt er vergoed?

Eénmaal per kalenderjaar komen de kosten van het huren van een Bright Light (lichttherapie voor seizoens-depressie) voor een periode van maximaal 10 dagen voor vergoeding in aanmerking. U kunt er ook voor kiezen om eenmalig de kosten van aanschaf van een Bright Light voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Eenmalig houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten van aanschaf van een Bright Light niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daarop volgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een aankoop- of huurbewijs bij ons in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort en AV-AZVZ-Comfort-Extra
Voor een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag of éénmalig de kosten voor de aanschaf tot een maximum van € 70,00.

Artikel 8 Extra tandheelkundige hulp

8.1 Kroon- en brugwerk, mondhygiëne, wortelkanaalbehandeling, implantologie op betande kaak en röntgendiagnostiek

Wat wordt er vergoed?

De kosten van kroon- en brugwerk, implantaten, wortelkanaalbehandelingen.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de kosten die reeds vergoed worden in artikel 5 van de AV-AZVZ-Comfort;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- bleken van elementen;
- de kosten die bij in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.000,00 per kalenderjaar

8.2 Orthodontie aan verzekerden tot en met 21 jaar

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor orthodontische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts. De vergoeding is éénmalig voor de hele behandelduur;
- de kosten van orthodontie verricht door een orthodontist of een tandarts.

Welke kosten worden niet vergoed?

- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- bij orthodontie de vacuümgevormde hoesjes, b.v. Invisalign+;
- vervanging of reparatie ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- niet nagekomen afspraken.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 1500,00, tot en met 21 jaar gedurende de gehele duur van de verzekering

Artikel 9 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van de aanschaf van (zonne)brillenglazen, contactlenzen en (zonne)brilmonturen.

Wat wordt er niet vergoed?

De vergoeding geldt niet voor zonnebrillen, die niet op sterkte zijn.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De maximale vergoeding geldt voor de kosten van (zonne)brillenglazen, lenzen en (zonne)brilmontuur samen.

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	Maximaal € 200,00 éénmaal per kalenderjaar

Artikel 10 Buitenland

10.1 Vaccinatie wegens voorgenomen verblijf in het buitenland

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje komen in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten moeten zijn gemaakt wegens een voorgenomen verblijf of tijdens het daadwerkelijke verblijf in het buitenland;
- het betreft tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje conform de geldende GGD-lijst en de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR), zie lcr.nl;
- het Reglement Farmaceutische Zorg is ook hier van kracht zie zorgenzekerheid.nl/brochures.

Welke kosten worden niet vergoed?

Laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie zijn uitgesloten van vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De maximale vergoeding geldt voor de kosten van tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje samen.

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 105,00 per kalenderjaar

10.2 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden vergoed als:

- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheelkundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheelkundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegezonden;
- de vergoeding is per kalenderjaar.

10.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kosten moeten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis (inclusief ski- en langlaufsport), stage- of studieperiode.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	Vergoeding kosten binnen Europa <ul style="list-style-type: none">- 100% (kostprijs) in Europa- buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG tarief in Nederland*

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme WMG-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

10.3.1 Geneeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor onderstaande geneeskundige kosten:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- (plaatselijk) medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug naar de reguliere verblijfplaats in het buitenland;

- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,30 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- fysiotherapiebehandelingen van een chronische aandoening fysiotherapie, die reeds gestart zijn in Nederland;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	Vergoeding kosten binnen Europa <ul style="list-style-type: none"> - 100% (kostprijs) in Europa - buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG tarief in Nederland*

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme WMG-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

10.3.2 Tandheelkundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet gaan om kosten van tandheelkundige noodhulp.

Welke kosten worden niet vergoed?

Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	Maximaal € 355,00 per kalenderjaar

10.3.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor medisch noodzakelijke repatriëring en de noodzakelijke toezending van geneesmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland van de zieke of gewonde verzekerde, respectievelijk overbrenging van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland;
- medisch noodzakelijke begeleiding bij de hiervoor vermelde repatriëring;
- de toezending van geneesmiddelen voor zover de douanebepalingen dit toelaten. De geneesmiddelen moeten dringend noodzakelijk zijn, niet verkrijgbaar zijn in het land van verblijf en op voorschrift van een arts worden verstrekt.

Tevens worden de repatriëring, de begeleiding en de toezending van geneesmiddelen, na vooraf verleende goedkeuring, door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale uitgevoerd.

Welke kosten worden niet vergoed?

Kosten van repatriëring op sociale (niet-medische) gronden, anders dan in geval van overbrenging van een stoffelijk overschot, worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100%(kostprijs)

10.3.4 De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:

- ziekte, ongeval en overlijden;
- opname in een ziekenhuis;
- langdurige medische behandeling en meer dan tweemaal poliklinische behandeling door een arts of specialist;
- medisch noodzakelijke repatriëring van de verzekerde naar Nederland;
- toezending van geneesmiddelen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% (kostprijs)

10.4 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?

Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheeskundige kosten

en/of kosten uit uw aanvullende verzekering voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:

- Verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (zie www.minbuza.nl) of de ANVR;
- Kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletscherskiën, gletschertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 846 of declaraties@zorgenzekerheid.nl;
- Kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielervedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden, sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding);
- Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 846 of declaraties.buitenland@zorgenzekerheid.nl;
- Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- Kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
- Kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen;
- Kosten vermeld op nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

10.5 Zuurstof op vakantie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	Maximaal € 600,00

Artikel 11 Kuurreizen

Als u reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica heeft, dan kunt u in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van een kuurreis.

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen éénmaal in de twee kalenderjaren de reis-, verblijf- en behandelkosten van een tweeweekse kuurreis naar het buitenland voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kuurreis moet zijn georganiseerd door een organisatie waarmee Zorg en Zekerheid afspraken heeft gemaakt.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U moet vooraf een aanvraag indienen bij Zorg en Zekerheid met een onderbouwing van uw behandelend arts en toestemming hebben van Zorg en Zekerheid. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde organisaties kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.100,00 per 2 kalenderjaren

Artikel 12 Logeerhuis

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen de kosten van de eigen bijdrage voor vergoeding in aanmerking, bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis in Nederland. De vergoeding geldt per dag of nacht voor het verblijf in een aan een ziekenhuis verbonden logeerhuis.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% per kalenderjaar

Artikel 13 Hulpmiddelen

13.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van:

- een prothese-bh en plakstrips behorend bij een borstprothese;
- de eigen bijdrage voor een pruik;
- de eigen bijdrage voor een hoortoestel bij een gecontracteerde aanbieder;
- een steunpessarium.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de kosten van het verplicht en vrijwillig eigen risico en het bedrag dat voor eigen rekening blijft indien u in het kader van een zorgverzekering in natura naar een niet gecontracteerde zorgverlener bent gegaan;
- kosten waarvoor geen medische noodzaak is;
- de kosten van de eigen bijdrage van een hoortoestel bij een niet-gecontracteerde aanbieder;
- de kosten van het nazorgcontract, de onderhoudsmiddelen, de reinigingsset of de vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100%, tot maximaal € 150,00*

* Vergoeding geldt voor alle hulpmiddelen samen.

13.2 Steunzolen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van steunzolen/podotherapeutische zolen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100%, tot maximaal € 60,00 per kalenderjaar

13.3 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:

- heupondersteuningsband;
- aankleedstokje;
- 'helping hand';
- heupbeschermer;
- drie- of vierpoot;
- looprek;
- krukken.

Enmalig voor de gehele duur van de verzekering houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daarop volgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het hulpmiddel moet door de behandelend arts of verloskundige zijn voorgeschreven. Dit voorschrift moet meegezonden worden met de nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 40,00

Artikel 14 Huidtherapie

14.1 Acnébehandeling

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de behandeling van acné per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u dient te beschikken over een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar, die op verzoek van Zorg en Zekerheid aan Zorg en Zekerheid moet worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	75% tot maximaal € 230,00 per kalenderjaar

14.2 Camouflagetherapie

Wat wordt er vergoed?

Bij camouflagetherapie komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van de behandeling, de instructielessen en de cosmetische producten per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u moet beschikken over een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar, die op verzoek van Zorg en Zekerheid aan Zorg en Zekerheid kan worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 195,00 per kalenderjaar

14.3 Dermatografie (medische tatoeage)

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van dermatografie volgend op een medische behandeling per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of dermatoloog;
- u moet beschikken over een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar, die op verzoek van Zorg en Zekerheid aan Zorg en Zekerheid kan worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 210,00 per kalenderjaar

14.4 Elektrische epilatie of laserontharing

Wat wordt er vergoed?

Vrouwelijke verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van elektrische epilatie of laserontharing. Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor elektrische epilatie of laserontharing niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daarop volgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er dus geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gelaat waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u moet een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar meesturen met de (eerste) nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 570,00 voor de gehele verzekeringsduur

14.5 Voetverzorging voor verzekerden met diabetes of reumapatiënten

Verzekerden met diabetes of reumatoïde artritis kunnen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voetverzorging.

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de voetverzorging per verzekerde, per kalenderjaar. Bij een verzekerde met diabetes type 1 en type 2 komt voetverzorging alleen in aanmerking voor vergoeding, indien sprake is van een Zorgprofiel 0 en Zorgprofiel 1 (met uitzondering van de jaarlijkse voetcontrole, deze wordt vergoed uit de basisverzekering).

Wat wordt er niet vergoed?

- de indicatie artrose;
- de jaarlijkse voetcontrole gedeclareerd door een (medisch) pedicure;
- cosmetische zorg.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een medisch pedicure of een pedicure die in het bezit is van een aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) en/ of 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV). De pedicure moet opgenomen zijn in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	6 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 15 Podologie/podo(posturale) therapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van behandelingen/consulten door een podoloog, podo-kinesioloog, podo-orthesioloog of podotherapeut, per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 115,00 per kalenderjaar

Artikel 16 Stottertherapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor stottertherapie per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden gegeven volgens de methodes Del-Ferro, Boma, Hausdörfer of Dixhoorn.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	75% tot maximaal € 635,00 per kalenderjaar

Artikel 17 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Onder kosten wordt verstaan de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen. Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van:

- homeopathische/antroposofische geneesmiddelen;
- de volgende alternatieve behandelwijzen:
 - acupunctuur;
 - antroposofie;
 - chiropractie;
 - cranio sacraal therapie;
 - halotherapie;
 - haptotherapie;
 - (klassieke) homeopathie;
 - manuele geneeskunde;
 - natuurgeneeskunde;
 - orthomoleculaire geneeskunde;
 - osteopathie;
 - shiatsu (medisch).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Geneesmiddelen:

- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de arts bij wie u onder behandeling bent;
- de middelen moeten worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudende huisarts;
- de geneesmiddelen dienen te zijn geregistreerd door de databank van het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). De lijst met geregistreerde middelen kunt u raadplegen op cbg-meb.nl of is een middel van één van de volgende fabrikanten: Wala®, Weleda®, Heel®, Vogel®, Biohorma®, Vsm®, Reckeweg®, Dolyssos® of Steigerwald®.

Behandelwijzen:

- als het gaat om manuele geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde en natuurgeneeskunde moet de behandeling worden gegeven door een arts, die niet uw eigen huisarts is;
- als het gaat om halotherapie, dient u een verwijzing te hebben van een (huis)arts of fysiotherapeut;
- voor alle overige genoemde alternatieve behandelwijzen geldt dat de behandelaar moet voldoen aan de voorwaarden die zijn genoemd bij de begripsomschrijvingen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Vergoedingspercentage en maximumbedrag gelden voor alle alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen samen.

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	75% tot maximaal € 475,00 per kalenderjaar

Artikel 18 Preventie

18.1 Preventieve cursussen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van één of meerdere preventieve cursussen per verzekerde, per kalenderjaar, mits uitgevoerd door een goedgekeurde organisatie.

Vergoeding is mogelijk voor de volgende cursussen:

- Afvallen bij overgewicht;
- Stoppen met roken;
- Leren omgaan met...;
- Alcoholtraining;
- Zelfmanagement bij lymfe-oedeem;
- Zelfmanagement bij...;
- EHBO cursus of AED training;
- EHBO bij kinderen;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO);
- Medische verantwoorde trainingsprogramma's.

Kijk voor een volledige lijst met adressen van instellingen, die cursussen geven die voor vergoeding in aanmerking komen en/of die een overeenkomst hebben, op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Op de nota moet zijn aangegeven op welke data de onderzoeken, cursussen, voorlichting of het advies hebben plaatsgevonden en welke cursussen exact zijn gevolgd.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten van geneesmiddelen, voedingssupplementen en cursusmateriaal zijn uitgesloten van vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De vergoeding geldt voor één of meerdere gevolgde cursussen tezamen.

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 175,00 per kalenderjaar

18.2 Sport Medisch Advies

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van consulten en/of keuringen per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De consulten en/of keuringen moeten worden uitgevoerd door een geregistreerd sportarts in sportgeneeskundig gespecialiseerde centra (Sport Medische Adviescentra, Sport Geneeskundige Afdelingen).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort-Extra	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% tot maximaal € 75,00 per kalenderjaar

18.3 Duikkeuring

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van consulten en/of keuringen per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De consulten en/of keuringen moeten worden uitgevoerd door een als zodanig gecertificeerde duikarts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100%, tot maximaal € 75,00 per kalenderjaar

18.4 Sterilisatie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van sterilisatie per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Sterilisatie bij mannen

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Geen vergoeding	<ul style="list-style-type: none">- 100% tot maximaal € 150,00, als de behandeling door een huisarts wordt uitgevoerd;- 75% tot maximaal € 150,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

Sterilisatie bij vrouwen

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 350,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

Artikel 19 Farmaceutische hulp

19.1 Vergoeding GVS-eigen bijdrage

Wat wordt er vergoed?

De kosten van de GVS-eigen bijdrage voor de middelen Concerta®, Strattera®, Equasym® en Medikinet®.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de geneesmiddelen dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker;
- het Reglement Farmaceutische Zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via zorgzekerheid.nl/brochures.

Wat is een GVS-eigen bijdrage?

Het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelvergoedingssysteem (GVS) is van toepassing. Dit betekent dat voor Concerta®, Strattera®, Equasym® en Medikinet® een maximumbedrag is vastgesteld. Is de prijs van het middel hoger dan het maximumbedrag, dan zijn de meerkosten voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde (dit heet de GVS-eigen bijdrage).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% maximaal € 100,00

19.2 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de (huis)arts.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten worden vergoed vanaf 21 jaar, exclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage.
- de anticonceptiva dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker;
- het reglement farmacie is hier van kracht.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% (exclusief de boven GVS bijdrage)

19.3 Maagzuurremmers

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor maagzuurremmers die niet meer vergoed worden uit de Zorgverzekeringswet.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- De maagzuurremmers moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker;
- Het Reglement Farmaceutische Zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via zorgzekerheid.nl/brochures.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	100% maximaal € 35,00

Artikel 20 Herstel en verblijf

20.1 Herstellingsoord, zorghotel en hospice

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor het verblijf in een herstellingsoord, zorghotel of hospice in Nederland. De kosten voor een thuiszorgconsult vanuit de hospice vallen ook onder deze vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Voor het verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is een verwijzing van de behandelend arts nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Het herstellingsoord of zorghotel dient toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten van verblijf in verzorgingshuizen/woonzorgcentra die niet op de lijst met goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels staan.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Comfort	AV-AZVZ-Comfort-Extra
geen vergoeding	Maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00

Rubriek B Verzekeringsvoorwaarden

1 Gelding van deze verzekeringsvoorwaarden

De bepalingen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden voor zover bij of krachtens de Zvw of de WLZ niet anders is of wordt geregeld.

2 Inschrijving

2.1 Algemeen

1. De inschrijving als verzekerde in het kader van deze aanvullende verzekering staat alleen open voor degene die als verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet bij Zorg en Zekerheid is ingeschreven en recht heeft op inschrijving in de collectiviteiten via AZVZ.
2. De aanvullend verzekerde wordt als zodanig ingeschreven met ingang van de eerste dag van de maand waarin hij zich als verzekerde via AZVZ voor de aanvullende verzekering heeft aangemeld bij Zorg en Zekerheid, tenzij hij een latere datum kiest die niet mag liggen na 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de aanmelding plaatsvond. De verzekering gaat, behoudens bijzondere omstandigheden zoals het veranderen van werkgever, altijd in op de eerste dag van een maand. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar schriftelijk en aangetekend heeft opgezegd.
3. De inschrijving als aanvullend verzekerde wordt beëindigd door:
 - opzegging door de aanvullend verzekerde;
 - opzegging door de maatschappij.
4. De maatschappij kan de verzekering uitsluitend opzeggen:
 - als de aanvullend verzekerde in strijd handelt met hetgeen in de statuten, de reglementen en besluiten van de maatschappij alsmede in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld;
 - als de aanvullend verzekerde de maatschappij op enigerlei wijze benadeelt; bij niet nakoming door de aanvullend verzekerde van de verplichtingen, zoals neergelegd in deze voorwaarden.

2.2 Bewijs van inschrijving

1. Het bewijs van inschrijving als zorgverzekerde bij Zorg en Zekerheid geldt eveneens als bewijs van inschrijving als aanvullend verzekerde.
2. Wanneer de zorgverzekering via AZVZ bij Zorg en Zekerheid en/of de aanvullende verzekering eindigt, verliest het bewijs van inschrijving zijn geldigheid met ingang van de dag volgend op die waarop de verzekering is geëindigd.

2.3 Doel van het bewijs van inschrijving

1. Het bewijs van inschrijving dient de aanvullend verzekerde gedurende de periode van geldigheid, als bedoeld in artikel 5 als legitimatiebewijs om naast de verstrekkingen als bedoeld in de Zvw en de WLZ, verstrekkingen te kunnen ontvangen in het kader van deze aanvullende verzekering.
2. De aanvullend verzekerde komt in aanmerking voor vergoeding van kosten voor verstrekkingen, bedoeld in lid 1, indien deze verstrekkingen zijn verleend op vertoon van het in artikel 5 bedoelde geldige bewijs van inschrijving. De voor vergoeding in aanmerking komende kosten van verstrekkingen en de omvang van de vergoeding worden bij of krachtens deze verzekeringsvoorwaarden geregeld.
3. Degene die de in de vorige leden bedoelde verstrekkingen heeft ontvangen op vertoon van een bewijs van inschrijving dat niet langer geldig is, is gehouden de daaruit voor de maatschappij voortvloeiende schade te vergoeden. Deze vergoeding dient op eerste vordering plaats te vinden.

3 Premie

1. De premie bestaat uit een vast bedrag per verzekerde per maand. De premie is per maand vooraf door degene die deze aanvullende verzekering is aangegaan aan de maatschappij verschuldigd. Voor verzekerden tot de leeftijd van 18 jaar is geen premie verschuldigd.
2. Bij aanmelding van een verzekerde via de Vereniging Platform Maritiem voor werk, inkomen en zorg, geldt een collectiviteitskorting. Ook aan andere groepen van verzekerden kan een collectiviteitskorting worden toegekend die gelijk, hoger of lager is dan de korting bedoeld in de vorige volzin. Wordt de inschrijving op grond van de Zorgverzekeringswet door of namens een verzekerde beëindigd zonder beëindiging van de aanvullende verzekering, dan vervalt elke verleende korting met onmiddellijke ingang.
3. Op de premie voor de inwonende kinderen van aanvullend verzekerden van 18 jaar of ouder kan dezelfde korting van toepassing zijn als voor de partner van de aanvullend verzekerde. Op de premie voor de uitwonende en studerende kinderen van een aanvullend verzekerde kan tot het bereiken van de leeftijd van 27 jaar dezelfde korting van toepassing zijn als voor de partner van een aanvullend verzekerde, zolang deze verzekerde de premie voor dit (deze) kind(eren) voldoet. De laatste volzin van het vorige lid is onverkort van toepassing.

4. Bij niet voldoen van de premie binnen 30 dagen nadat die premie is verschuldigd, wordt de dekking van de verzekering opgeschort totdat de premie door de maatschappij is ontvangen. De opschorting gaat in op de eerste dag van de maand waarover de achterstallige premie is verschuldigd. Ondanks de opschorting blijft de premie over de verschenen termijn(en) en de nog te verschijnen termijn(en) aan de maatschappij verschuldigd.
5. Ingeval van opschorting is de maatschappij over de periode van opschorting niet gehouden tot enige vergoeding, ondanks een eventueel eerder verstrekt bewijs van inschrijving, eerder afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.
6. De dekking is eerst weer van kracht met ingang van de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag, vermeerderd met de wettelijke interest en de in lid 7 bedoelde kosten door de maatschappij zijn ontvangen, onverminderd het recht van de maatschappij de verzekering eenzijdig te beëindigen op grond van artikel 4.
7. Naast de wettelijke interest komen zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten verbonden aan de invordering door de maatschappij in verband met de in dit artikel bedoelde wanbetaling ten laste van degene die deze verzekering is aangegaan. Tevens komen de door de maatschappij vergoede kosten voor verstrekkingen, verleend gedurende de in lid 4 genoemde termijn, voor rekening van de verzekeringnemer.

4 Wijziging van de premie en/of voorwaarden

1. De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor elke verzekering op een door de maatschappij vast te stellen datum. Van deze wijziging doet de maatschappij, eventueel op premienota's, tijdig mededeling aan de aanvullend verzekerden en de verzekeringnemers.
2. Gaat de aanvullend verzekerde niet akkoord met de gewijzigde voorwaarden, dan kan hij binnen 30 dagen nadat de wijziging bekend is gemaakt de aanvullende verzekering per aangetekende brief opzeggen. De verzekering eindigt dan met ingang van de datum van wijziging van de voorwaarden met restitutie van eventueel vooruitbetaalde premie.
3. Gaat de aanvullend verzekerde niet akkoord met de gewijzigde premie, dan kan hij uiterlijk tot de dag waarop de premiewijziging ingaat, per aangetekende brief de verzekering opzeggen. De laatste volzin van het vorige lid is ook hier van toepassing.
4. Heeft de aanvullend verzekerde niet of niet tijdig opgezegd, dan wordt de verzekering inclusief de gewijzigde voorwaarden en/of premie, geprolongeerd.
5. De mogelijkheid tot opzeggen komt de aanvullend verzekerde niet toe als de wijziging van de premie en/of de voorwaarden voortvloeit uit een wettelijke regeling of de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

5 Verstrekkingen en vergoedingen

1. De aanvullend verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de in deze verzekeringsvoorwaarden in het desbetreffende door hem gekozen pakket benoemde verstrekkingen in de daarbij te noemen omvang. Wanneer het bedrag van de vergoeding gebonden is aan een maximum, dan is dat maximumbedrag bij de desbetreffende verstrekking genoemd.
2. De aanvullende verzekering kent twee pakketten: AV-AZVZ-Comfort en AV-AZVZ-Comfort-Extra.
3. Wanneer een vergoeding is beperkt tot een maximumbedrag voor de gehele duur van de verzekering, dan wordt onder de gehele duur van de verzekering verstaan alle perioden, aansluitend of onderbroken, gedurende welke een aanvullend verzekerde als zodanig bij de maatschappij staat ingeschreven of ingeschreven heeft gestaan.
4. Als de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde verstrekkingen en/of vergoedingen ook elders verzekerd zijn, bijvoorbeeld op grond van de Zorgverzekeringswet of door middel van een reisverzekering of een bedrijfszorgpolis, dan gaat die andere verzekering voor bij het vergoeden van de gemaakte kosten.
5. De kosten van de verstrekkingen die op grond van de aanvullende verzekering zijn vergoed, worden aan dezelfde materiële controle en hetzelfde fraudeonderzoek onderworpen als in de regelgeving voor de zorgverzekering is bepaald.

Rubriek C Overige bepalingen

6 Gehele of gedeeltelijke weigering van vergoeding

1. De maatschappij kan besluiten dat geen of geen volledige vergoeding in het kader van de aanvullende verzekering plaatsvindt als de kosten van vervanging of herstel van een verstrekking naar het oordeel van de maatschappij veroorzaakt zijn door toerekenbare onachtzaamheid, grove schuld of opzet van de aanvullend verzekerde.
2. Geen vergoeding wordt verleend als de kosten het gevolg zijn of verband houden met enig misdrijf waaraan de verzekerde opzettelijk heeft deelgenomen.
3. Geen vergoeding wordt verleend voor kosten, die het gevolg zijn of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlogen, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen, opstoten of muiterij, of indien deze kosten een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme, voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade NV. Dit clausuleblad is aan onze verzekeringsvoorwaarden voor de zorgverzekering gehecht.
4. Geen vergoeding wordt verleend als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan. Hiervan uitgezonderd is de schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en die gebruikt worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits door de Rijksoverheid een vergunning is afgegeven en van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder kerninstallatie wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen.
5. Eveneens wordt in het kader van deze verzekering geen vergoeding van kosten verleend, als daarop al aanspraken bestaan ingevolge de Zorgverzekeringswet of de WLZ of enige andere regeling of verzekering.
6. De kosten voor behandeling in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is vermeld.

7 Geschillen

Alle geschillen, die naar aanleiding van de verzekeringsvoorwaarden ontstaan tussen de verzekeringnemer of de aanvullend verzekerde enerzijds en de maatschappij anderzijds, worden voorgelegd aan de bevoegde rechter te Amsterdam en worden beheerst door Nederlands recht. De aanvullend verzekerden en de verzekeringnemers blijven ook na de opzegging van hun lidmaatschap aan de uitspraak van de bevoegde rechter onderworpen voor geschillen die tijdens de periode van verzekering zijn ontstaan.

8 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid in overleg met AZVZ. In incidentele kennelijk niet billijke gevallen beslist het dagelijks bestuur. Deze verzekeringsvoorwaarden zijn door het bestuur van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. vastgesteld in zijn vergadering 10 november 2016 en treden in werking op 1 januari 2017. Met deze verzekeringsvoorwaarden vervallen alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden betreffende de uitvoering van de aanvullende verzekering door AZVZ.

9 Indienen en vergoeding van nota's uit het buitenland

1. De originele declaraties uit het buitenland moeten uiterlijk 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de maatschappij zijn ingediend;
2. Deze declaraties moeten zodanig gespecificeerd zijn, dat de maatschappij er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding kan worden overgegaan. Computernota's moeten door de zorgverlener zijn gewaarmerkt;
3. Nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels te worden opgesteld. Originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden;
4. Indien de maatschappij het noodzakelijk acht dat de ingediende nota('s) moet(en) worden vertaald, dan kan de maatschappij de verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler;
5. Vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande lid, komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
6. De vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers van De Nederlandsche Bank, geldende op de datum waarop de aanvullend verzekerde de kosten heeft voldaan. Rechtstreekse vergoeding aan het buitenland vindt alleen plaats als de declaratie meer dan € 500,00 bedraagt.

AZVZ
Postbus 9138
1006 AC Amsterdam
T. (020) 5 866 666
F. (020) 5 866 665
info@scheepvaartnet.nl
Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid U.A.

www.scheepvaartnet.nl

AZ-00052-1117-1.0

