



Polisvoorwaarden 2011

AZVZ
Postbus 9138
1006 AC Amsterdam
Tel. 020-586 66 66
Fax 020-586 66 65
info@scheepvaartnet.nl
Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid U.A.

www.scheepvaartnet.nl



Aanvullende verzekeringen AZVZ



Inhoudsopgave

Algemene bepalingen	4
Inschrijving	5
Premie	6
Herziening van premie en voorwaarden	6
Verstrekingen en vergoedingen	7
- Omvang dekking AV-AVVZ-Plus	7
- Omvang dekking AV-AZVZ-Top	13
Overige bepalingen	25

Algemene bepalingen

Artikel 1 Definities

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.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de bij of krachtens deze wet getroffen regelen.

AZVZ

De uitvoerder van deze aanvullende verzekeringen.

Duikarts

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

Maatschappij(risicodragers)

Onderlinge Waarborgmaatschappij 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.

Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus volgens de Wet BIG.

Verzekerde

Degene, die zich op grond van artikel 2 van de Zorgverzekeringswet moet (laten) verzekeren.

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.

Verzekeringnemer

Degene die ten behoeve van de aanvullend verzekerde de aanvullende verzekering heeft gesloten.

Wet BIG

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

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 regelen.

Artikel 2

De in rubriek A van de Zorg Zeker Polis en van de AWBZ gegeven definities gelden ook voor deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3 Gelding van deze verzekeringsvoorwaarden

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

Inschrijving

Artikel 4 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 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
 - a. opzegging door de aanvullend verzekerde;
 - b. 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.

Artikel 5 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.

Artikel 6 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 AWBZ 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.

Premie

Artikel 7

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.

Herziening van premie en voorwaarden

Artikel 8

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.

Verstrekkingen en vergoedingen

Artikel 9 Algemeen

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-Plus en AV-AZVZ-Top. Het pakket AV-AZVZ-Top kan alleen verzekerd worden in combinatie met het pakket AV-AZVZ-Plus.
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.

Omvang dekking AV-AVZV-Plus

Artikel 10 Paramedische behandelingen

10.1 Fysiotherapie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut of (in het geval van oedeemtherapie) door een gecontracteerd huidtherapeut;
- een chronische indicatie dient te worden vastgesteld door uw behandelend arts of medisch specialist;
- alle behandelingen (chronische en niet chronische indicaties komen in aanmerking voor vergoeding
- welke behandelingen worden aangemerkt als een chronische indicatie is omschreven in de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal indicaties in deze ministeriële regeling is sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode. Dit staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Uw behandelend arts, medisch specialist of fysiotherapeut kan u hierover informeren. U vindt ook nadere informatie op www.zorgenzekerheid.nl of u kunt bellen met AZVZ: (020) 5 866 666;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat en deze zittingen verantwoord zijn gespreid;
- de DTF (Directe Toegang Fysiotherapie) is de intake, de screening en het onderzoek en deze tellen elk afzonderlijk als een zitting (ook al vindt deze plaats op 1 dag of één aaneengesloten tijdseenheid);
- groepsbehandelingen worden alleen vergoed indien de gecontracteerde fysiotherapeut hierover aanvullende afspraken heeft gemaakt met Zorg en Zekerheid.

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie, voor zowel chronische als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering, per verzekerde, per kalenderjaar. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische, geriatrie fysiotherapie en groepstherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut met wie Zorg en Zekerheid een overeenkomst voor vergoeding van fysiotherapie vanuit de aanvullende verzekering heeft afgesloten. U vindt de gegevens van deze gecontracteerde fysiotherapeuten op www.zorgenzekerheid.nl of u kunt ze opvragen via ons Contact Center, telefoon: (020) 5 866 666 of bij één van onze verzekeringswinkels.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Alle behandelingen fysiotherapie

10.1.2 Fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie, voor chronische, behandelingen voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering, per verzekerde, per kalenderjaar. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Per fysiotherapeutische behandeling wordt maximaal € 23,00 vergoed. Als onderdeel van de genoemde aantallen gelden ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie en psychosomatische fysiotherapie.

Manuele therapie

Als onderdeel van de in artikel 10.1.1 aangegeven aantallen behandelingen per aanvullend pakket worden zo nodig maximaal 9 behandelingen manuele therapie (zowel de behandelingen in de basisverzekering als de behandelingen in de aanvullende verzekering tellen mee voor deze 9) vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Manuele therapie van het Centraal Kwaliteitsregister.

Kinderfysiotherapie

De behandelingen kinderfysiotherapie worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling. Er is alleen sprake van kinderfysiotherapie bij specifieke aandoeningen, namelijk: longaandoeningen, reumatische aandoeningen, neurologische aandoeningen en een beperkt aantal orthopedische aandoeningen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Kinderfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister.

Huid-/Oedeemtherapie door een fysiotherapeut of gecontracteerde huidtherapeut

Als sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch- of veneuze stelsel worden de behandelingen (lymfe-)oedeemtherapie vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Oedeemtherapie van het Centraal Kwaliteitsregister of door een huidtherapeut die is gecontracteerd door Zorg en Zekerheid;
- voor behandeling door een huidtherapeut moet er een gerichte verwijzing van een handelend arts zijn voor oedeemtherapie door een huidtherapeut.

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 is opgenomen in het deelregister Psychosomatische fysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- 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.

Geriatrie fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met geriatrische problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor geriatrie fysiotherapie. Deze behandelingen worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het deelregister geriatrie fysiotherapie in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- er dient sprake te zijn van aandoeningen die worden vastgesteld op basis van de criteriumlijst van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG).

10.2 Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar

Wat wordt er vergoed?

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck respectievelijk een oefentherapeut Cesar;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een therapeut met wie Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten;
- de therapie moet medisch noodzakelijk zijn;
- een chronische indicatie dient te worden vastgesteld door uw handelend arts of medisch specialist;
- welke behandelingen worden aangemerkt als een chronische indicatie is omschreven in de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal indicaties in deze ministeriële regeling is sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode. Dit staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Uw handelend arts, medisch specialist of oefentherapeut kan u hierover informeren. U vindt ook nadere informatie op www.zorgenzekerheid.nl of u kunt bellen met ons Contact Center (020) 5 866666:

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Alle behandelingen

Artikel 11 Hulp bij Dyslexie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een begeleider die is aangesloten bij de Stichting hulp bij Dyslexie of bij de Landelijke Bond van Remedial Teachers (LBRT) komen voor vergoeding in aanmerking. Bij www.stichtinghulpbijdyslexie.nl kan worden nagevraagd welke begeleider bij deze stichting zijn aangesloten. Alleen deze groep komt in aanmerking voor vergoeding.

Wat wordt er vergoed?

AV-AZVZ-Plus
75% tot max. € 320,00

Artikel 12 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de algemene 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; zie ook Rubriek C, zie artikel 36. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tenzij anders vermeld.

De declaraties van uw tandarts vergoeden we volgens de tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit. De tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of tandprotheticus.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
- de kosten voor maximaal twee periodieke onderzoeken per verzekerde per kalenderjaar.
- de kosten van reguliere vullingen.
- de kosten van anesthesie, noodzakelijk bij vorengenoemde vullingen.
- de kosten van extracties, inclusief de daarbij behorende anesthesie.
- de kosten voor een klachtenconsult.
- de kosten voor weekeinde- of avond behandeling.
- de kosten van de eigenbijdrage (inclusief techniekkosten code P00) bij een volledige.
- bovenprothese(code P21) of een volledige onderprothese (code P25) of een volledige onder- en bovenprothese(code P30).
- de kosten voor rebasen (codes P01, P02, P03, P51, P52, P54) en/of reparatie (codes P07, P08, P57, P58).
- de kosten voor een gedeeltelijke prothese per kalenderjaar vanaf de eerste consultatie t/m plaatsing inclusief nazorg gedurende twee maanden na plaatsing, inclusief relatiebepaling en eventuele gebogen ankers(codes P10 en P15).
- de kosten voor een gedeeltelijke frameprothese (codes P34, P35) per verzekerde per kalenderjaar.
- 100% van bovengenoemde kosten

Artikel 13 Vergoeding Eigen Bijdrage Thuiszorg

Wat wordt er vergoed?

Als u gebruik maakt van thuiszorg, 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 hebt een indicatie voor thuiszorg;
- de nota dient van het CAK te komen;
- de thuiszorg moet worden verleend door een erkende thuiszorgorganisatie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
100% tot max. € 500,00

Artikel 14 Psychologische zorg

14.1 Eerstelijns psychologische zorg

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor eerstelijns psychologische zorg per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- er moet een verwijzing zijn van een behandelend arts;
- de eerstelijns psychologische behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerde eerstelijns psycholoog;
- de eerstelijns psychologische behandelingen dienen te volgen op de acht zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten van de eigen bijdrage van de acht zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
4 zittingen

14.2 Alternatieve psychologische hulp

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen kosten van behandelingen door het Helen Downing Instituut, een Simonton therapeut, Kanjertrainingen, behandelingen door therapeuten lid van de NVPIT, NVBT en NVAGT, per kalenderjaar. Deze behandelingen dienen te worden uitgevoerd door een therapeut die voldoet aan de eisen

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- er moet een verwijzing zijn van een behandelend arts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
100% tot max. € 320,00

Artikel 15 Bright Light therapie

Wat wordt er vergoed?

Eenmaal per kalenderjaar komen de kosten van het huren van een Bright Light (lichttherapie voor seizoensdepressie) voor een periode van maximaal 10 dagen of eenmalig (gedurende de looptijd van de verzekering) de kosten van aanschaf van een Bright Light, voor vergoeding in aanmerking.

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-Plus
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 16 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).

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Zorg en Zekerheid moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Tot maximaal van 6 weken

Artikel 17 Geboortezorg

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

17.1 Kraampakket

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U moet het kraampakket uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: 0900 222 44 66) of via de website www.zorgenzekerheid.nl. 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-Plus
Uitgebreid kraampakket

17.2 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 volgens 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-Plus
100% tot max. € 312,00

17.3 Vergoeding aanvullende kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

Als u geen aanspraak meer kunt maken op reguliere of verlengde kraamzorg uit de basisverzekering kunt u in aanmerking komen voor aanvullende 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.

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 (0900) 222 44 66).
- De aanvullende kraamzorg dient wel aan te sluiten op de reguliere kraamzorg of op het ziekenhuisontslag na maximaal 10 dagen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Maximaal 16 uur

Artikel 17 Eigen Risico

De aanvullende verzekering vergoedt aan aanvullend verzekerde werknemers het in het kader van de zorgverzekeringswet wettelijk verplichte eigen risico van € 170,00 per verzekerde werknemer van 18 jaar, mits hiervoor met de werkgever afspraken zijn gemaakt.

Omvang dekking AV-AVZV-Top

Artikel 18 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen

Wat wordt er vergoed?

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

Wat wordt er niet vergoed?

De vergoeding geldt niet voor zonnebrillen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Maximaal € 200,00 éénmaal per kalenderjaar

Artikel 19 Tandheeskundige hulp extra

Kosten van een tandheeskundige behandeling worden alleen vergoed wanneer 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; zie ook Rubriek C, artikel 36. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld.

De declaraties van uw tandarts vergoeden we volgens de tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit. De tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit kunt u raadplegen op www.zorgzekerheid.nl. De bedragen zoals gemeld in de vergoedingstabellen zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders vermeld.

Welke kosten worden vergoed?

- de kosten van intra-orale-röntgenfoto's tot een maximum van twee foto's per kalenderjaar per verzekerde;
- de kosten van wortelkanaalbehandelingen en daarvoor noodzakelijke anesthesie;
- de kosten van tandsteenverwijdering in combinatie met een periodiek onderzoek of klachtenconsult bij de tandarts of twee maal per jaar tandsteenverwijdering door een mondhygiëniste. maximum vergoeding is € 55,00 per behandeling;
- de kosten van fluoride behandeling methode I of -II;

AV-AZVZ-Top
Maximaal 100% van bovengenoemde kosten per verzekerde

- de kosten van kroon- en brugwerk en de anesthesie;

AV-AZVZ-Top
100% max. € 1.000 per verzekerde per kalenderjaar

- de kosten van orthodontie verricht door een orthodontist of een tandarts;

AV-AZVZ-Top
90% tot max. € 1500,00 per verzekerde tot en met 21 jaar gedurende de gehele duur van de verzekering

- de kosten voor paradontologische behandelingen;

AV-AZVZ-Top
100% tot max. € 500,00 per kalenderjaar

Artikel 20 Hulp in het Buitenland

20.1 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 tandheeskundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden slechts vergoed indien:

- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheeskundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheeskundige 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 tweemaal poliklinische behandeling zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per telegram, 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 meegestuurd;

De vergoeding is per kalenderjaar

AV-AZVZ-Top
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.

20.2 Tandheeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?

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

Welke kosten worden niet vergoed?

Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet gaan om kosten van tandheeskundige noodhulp.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Maximaal € 355,00

20.3 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-Top
Kostprijs

20.4 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig van buiten het woonland van aanvullend verzekerde naar zijn woonland en de noodzakelijke toezending van geneesmiddelen.

Bij overlijden van de aanvullend verzekerde buiten zijn woonland, worden de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar zijn woonland vergoed.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de algemene voorwaarden (20.1) zijn van toepassing op de vergoeding;
- de kosten voor vervoer per vliegtuig worden alleen vergoed indien deze niet hoger zijn dan de kosten van vervoer per ambulance.

Onder de hulpverlening wordt verstaan?

- het organiseren van de genoemde hulpverlening conform algemene voorwaarden (20.1);
- het bemiddelen bij het overmaken van het benodigde geld;
- het overbrengen van berichten door de ANWB alarmcentrale;
- het organiseren van het toezenden van genees- en/of hulpmiddelen;
- de kosten gemaakt voor telefoon, etc. om contact op te nemen met de ANWB alarmcentrale.

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. Kosten gemaakt buiten het woonland worden niet vergoed als aanvullend verzekerde buiten zijn woonland verblijft wegens beroepswerkzaamheden of als mede is bedoeld om aldaar medische behandeling te ondergaan.

Wat wordt er vergoed?

AV-AZVZ-Top
Kostprijs

20.5 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?

Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten uit uw aanvullend 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 buitenland@zorgenzekerheid.nl.
- Kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielervedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenwedstrijden, 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 buitenland@zorgenzekerheid.nl.
- Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week.
- Kosten die verband houden met tandheelkunde voor verzekerden met een AV-AZVZ-Top.

20.6 Indienen en vergoeding van nota's uit het buitenland

- 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.
- Deze declaraties moeten zodanig gespecificeerd zijn, dat de maatschappij er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding kan worden overgegaan. Computer nota's moeten door de zorgverlener zijn gewaarmerkt.
- 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.
- 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.
- Vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande lid, komen niet voor een vergoeding in aanmerking.
- De vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers van de Nederlandse Bank., geldende op de datum waarop de aanvullend verzekerde de kosten heeft voldaan. Rechtstreekse vergoeding aan het buitenland vind alleen plaats als zijn declaratie meer dan € 500,00 bedraagt.

Artikel 21 Kuurreizen

Als u lijdt aan reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica, 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 drieweekse 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.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot een maximum van € 1.100,00 per 2 kalenderjaren

Artikel 22 Logeerhuis

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen de kosten van de eigen bijdrage voor vergoeding in aanmerking per dag of nacht voor het verblijf in een aan een ziekenhuis

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het opgenomen gezinslid moet aanvullend zijn verzekerd bij Zorg en Zekerheid via AZVZ.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%

Artikel 23 Preventieve cursussen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van één of meerdere preventieve cursussen per verzekerde, per kalenderjaar.

Vergoeding is mogelijk voor de volgende cursussen:

- Afvallen bij overgewicht;
- Stoppen met roken;
- Leren omgaan met...;
- Alcoholtraining;
- ADHD trainingen;
- EHBO cursus of AED training;
- EHBO bij kinderen;
- Gordon opvoedcursus.

Kijk voor een volledige lijst met adressen van instellingen die cursussen geven die voor vergoeding in aanmerking komen op www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De vergoeding geldt voor één of meerdere gevolgde cursussen tezamen.

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 175,00

Artikel 24 Pedicure

Verzekerden die lijden aan suikerziekte of aan reumatoïde artritis kunnen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voetverzorging.

Wat wordt er vergoed?

AV-AZVZ-Top
6 behandelingen per kalenderjaar

Wat wordt er niet vergoed?

De indicatie artrose komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een medisch pedicure die is opgenomen in het Kwaliteits Register voor Pedicures (KRP). Kijk op onze website voor een pedicure in uw buurt die aan deze voorwaarden voldoet.

Artikel 25 Sportkeuring

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-Top
100%, tot maximaal € 75,00

Artikel 26 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-Top
100%, tot maximaal € 75,00

Wat wordt er niet vergoed?

Duikkeuringen uitgevoerd door een niet gecertificeerde duikarts komen niet in aanmerking voor vergoeding.

Artikel 27 Steunzolen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van steunzolen en podotherapie zolen per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 60,00

Artikel 28 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Als kosten worden gezien 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;
- 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 afgeleverd door een apotheker of apothekhoudende 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 www.cbg-meb.nl of is een middel van Wala of Weleda.

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;
- 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-Top
75%, tot maximaal € 475,00

Artikel 29 Preventie

29.1 Tabletten/injectie(s)/consulten 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 www.lcr.nl.

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-Top
100%, tot maximaal € 105,00

Welke kosten worden niet vergoed?

- Laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie zijn uitgesloten van vergoeding.

29.2 Medisch verantwoord bewegen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten per verzekerde, per kalenderjaar voor:

- medisch verantwoorde trainingsprogramma's;
- de cursus Meer Bewegen voor Ouderen (MBVO).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de instelling dient in geval van medisch verantwoorde trainingsprogramma's vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, een lijst vindt u op www.zorgenzekerheid.nl;
- de cursus dient in groepsverband plaats te vinden;
- de cursus Meer Bewegen voor Ouderen (MBVO) dient verzorgd te worden door een lokale welzijnsorganisatie (zie hiervoor de begripsomschrijving bij Meer Bewegen voor Ouderen); De organisatie dient vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, een lijst vindt u op www.zorgenzekerheid.nl;
- op de nota dient duidelijk te worden aangegeven om welke cursus het gaat.

Welke kosten worden niet vergoed?

Niet in aanmerking komen de kosten van programma's die zich richten op conditieverbetering of het algemeen welbevinden. Eén en ander ter beoordeling van de medisch adviseur.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 120,00

Artikel 30 Huidtherapie

30.1 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.

Heb ik een verwijzing nodig?

Ja, de behandeling dient plaats te vinden op verwijzing van een huisarts of dermatoloog.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
75%, tot maximaal € 230,00

30.2 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 schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Heb ik een verwijzing nodig?

Ja, u moet beschikken over een verwijzing van een huisarts of medisch specialist.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 195,00

30.3 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.

Heb ik een verwijzing nodig?

Ja, u moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 210,00

30.4 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 epilatie of laserontharing.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gezicht waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- u moet een medische noodzakelijkheidsverklaring van uw behandelaar meesturen met de declaratie;
- u moet vooraf toestemming hebben van Zorg en Zekerheid en u moet uw aanvraag, vergezeld van een schriftelijke toelichting en/of motivering van uw behandelend arts, bij Zorg en Zekerheid indienen vóór aanvang van de behandeling;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 570,00 voor de gehele verzekeringsduur

30.5 UV-B Lichttherapie

Wat wordt er vergoed?

Poliklinische (dag)behandeling door een huisarts, of aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Aandoeningen die in aanmerking komen voor vergoeding zijn, Vitiligo, Psoriasis die niet gunstig reageert op de algemeen gebruikelijke therapieën en de behandeling is voorgeschreven door de behandelend arts. Bij de eerste nota moet een gemotiveerde medische onderbouwing van de behandeling worden meegestuurd. Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een aankoop- of huurbewijs bij Zorg en Zekerheid in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100% max. € 910,00 per kalenderjaar of UV-B lichtapparatuur per 2 kalenderjaren

Artikel 31 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-Top
75%, tot maximaal € 635,00

Artikel 32 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-Top
100%, tot maximaal € 115,00

Artikel 33 Overige Hulpmiddelen

33.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten die de vergoeding voor de eigen bijdrage (pruik en hoorstoestel) van hulpmiddelen uit de basisverzekering, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering te boven gaan of de kosten (pessarium, prothese bh of plakstrips) voor:

- een prothese-bh en plakstrips behorend bij een borstprothese;
- een pruik;
- een hoortoestel;
- een steunpessarium.

Welke kosten worden niet vergoed?

- De kosten voor hulpmiddelen uit de basisverzekering, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement hulpmiddelen als er, volgens de daarin opgenomen regels, geen recht op het hulpmiddel bestaat; Dit betreft o.a.: verbandmiddelen voor niet chronisch gebruik, diabetestestmateriaal voor niet insuline afhankelijke verzekerden of wanneer het maximum aantal testmateriaal van uit de basisverzekering is bereikt, incontinentie materiaal waarvoor geen indicatie bestaat.
- De kosten van het nazorgcontract, de onderhoudsmiddelen, de reinigungsset of de vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 150,00 *

* Vergoeding geldt voor alle hulpmiddelen samen.

Artikel 34 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 40,00 *

Artikel 35 Farmaceutische Zorg

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.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Geen vergoeding 100%

Overige bepalingen

Artikel 36 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 munitie, 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 Terrorisemeschaden 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 AWBZ 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.

Artikel 37 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.

Artikel 38 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 Zorg en Zekerheid U.A. vastgesteld in zijn vergadering 22 september 2010 en treden in werking op 1 januari 2011.

Met deze verzekeringsvoorwaarden vervallen alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden betreffende de uitvoering van de aanvullende verzekering door AZVZ.

